



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com dor torácica

João Carlos Cordeiro Antunes Pinto

Orientação: PhD Dulce Santiago

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com dor torácica

João Carlos Cordeiro Antunes Pinto

Orientação: PhD Dulce Santiago

Mestrado em Enfermagem

**Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica – A Pessoa em
Situação Crítica**

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Resumo

No presente relatório analisamos o percurso efetuado centrado no desenvolvimento de competências de mestre e competências, comuns e específicas, do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Destacamos o projeto de intervenção, direcionado para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica.

A dor torácica é um dos motivos pelos quais as pessoas recorrem aos serviços de urgência, sendo que, a este sintoma podem estar associadas várias situações patológicas que colocam em risco a vida. Neste sentido, o enfermeiro especialista atua de forma fundamentada e sistematizada, garantindo uma abordagem segura e facilitadora do processo de transição da pessoa em situação crítica.

O enfermeiro especialista é um elemento dinamizador dos serviços, das equipas e dos seus pares, quer na prestação de cuidados, quer na gestão e liderança de projetos institucionais, o que resulta numa prática de cuidados especializados, seguros e baseados na evidência científica.

Palavras-chave

Enfermagem de cuidados críticos; dor torácica; segurança do doente.

Abstract

In the present report, we analyze the course carried out in the development of master competences and common and specific competences of nurse specialist in medical-surgical nursing: the person in a critical situation. We highlight the intervention project, directed to the provision of nursing care to the person with chest pain.

Chest pain is one of the reasons people go to emergency services, and this symptom may be associated with several life-threatening pathological conditions. In this sense, the specialist nurse acts in a reasoned and systematized manner, ensuring a safe and facilitative approach to the transition process of the person in critical situation.

The specialist nurse is a dynamic element of services, teams and their peers, both in the provision of care and in the management and leadership of institutional projects, resulting in a practice of specialized safe and evidence-based care.

Key words

Critical care nursing; chest pain; patient safety.

Agradecimentos

Às enfermeiras Eulália Luís e Delmira Lino por todos os momentos de partilha de conhecimento e por toda a dedicação demonstrada na supervisão clínica dos estágios e atividades desenvolvidas.

À Professora Doutora Dulce Santiago, pelo seu profissionalismo, rigor, amabilidade e disponibilidade com que me orientou ao longo dos estágios e do relatório.

Às equipas dos locais onde realizei os estágios pela hospitalidade e partilha de conhecimentos.

Aos meus colegas de trabalho, em especial à enfermeira Ana, pelo apoio prestado ao longo de todo o percurso.

Aos meus colegas de curso, em especial à Luísa, à Catarina e ao Dinis, pelos incentivos e palavras de ajuda.

À minha família e amigos, pela compreensão dos momentos de ausência.

À Susana, por estar sempre presente.

Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability neurological, Exposure*

CE – Conselho de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CQSD – Comissão de Qualidade e Segurança do Doente

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma de 12 derivações

EMC-PSC – Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Enf.^a – Enfermeira

GARDOC – Gabinete de Apoio aos Recursos Documentais

GSEAMS – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPB – Instituto Politécnico de Beja

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com dor torácica

IPP – Instituto Politécnico de Portalegre

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

MCEEMC – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MCTES – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem cardiorrespiratória

PI – Projeto de Intervenção

Prof.^a – Professora

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SIV – Suporte Imediato de Vida


SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TEP – Tromboembolismo pulmonar

UC – Unidade Curricular



Cuidados de enfermagem especializados à pessoa com dor torácica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UE – Universidade de Évora

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1 – APRECIACÃO DO CONTEXTO	19
1.1 – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano	19
1.1.1 – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	20
1.1.1.1 – Estrutura física	20
1.1.1.2 – Recursos humanos	22
1.1.1.3 – Caracterização da população	24
1.1.1.4 – Análise da produção de cuidados	26
1.1.2 – Serviço de Urgência Básica	28
1.1.2.1 – Estrutura física	29
1.1.2.2 – Recursos humanos	31
1.1.2.3 – Caracterização da população	33
1.1.2.4 – Análise da produção de cuidados	36
1.2 – Extra-Hospitalar	37
1.2.1 – Ambulância de Suporte Imediato de Vida	38
1.2.2 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação	39
2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	41
2.1 – Enquadramento concetual	41
2.1.1 – Dor torácica	41
2.1.2 – Intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica	43
2.1.3 – Qualidade em saúde	55

2.1.4 – Segurança do doente	56
2.2 – Diagnóstico da situação	57
2.3 – Objetivos	62
2.4 – Metodologia	63
2.5 – Resultados	66
2.6 – Considerações finais	71
3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	73
3.1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre	74
3.2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico- Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre	82
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos	CIV
Anexo A – Parecer da comissão de ética da ULSLA	CV
Anexo B – Certificado de presença no Encontro Nacional de Enfermeiros – Emergência Extra-Hospitalar	CVII
Anexo C – Certificado de presença no 4º Congresso Nacional da Urgência	CIX
Anexo D – Certificado de presença no Congresso Status 5 – Trauma, Emergência e Reanimação – O estado da arte	CXI
Anexo E – Certificado de presença no III Congresso da Secção Regional do Sul da OE	CXIII

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndices	CXV
Apêndice A – Pedido de parecer à comissão de ética da ULSLA	CXVI
Apêndice B – Plano de sessão de formação em serviço sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica	CXVIII
Apêndice C – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica	CXXI
Apêndice D – Questionário sobre a avaliação da formação e formador	CXXXVII
Apêndice E – Proposta de norma de procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica no Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	CXL
Apêndice F – Correio eletrónico enviado à comissão de qualidade e segurança do doente da ULSLA com a norma de procedimento	CLXXXIV
Apêndice G – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre o erro terapêutico	CLXXXVI
Apêndice H – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre a norma regulamentar: carro de emergência, mala de emergência e mala de transferência	CXCIV
Apêndice I – Resumo do artigo de investigação: abordagem à pessoa com enfarte agudo do miocárdio num serviço de urgência básica	CCV
Apêndice J – Projeto de estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano	CCIX
Apêndice K – Apresentação <i>PowerPoint</i> sobre o plano municipal de emergência	CCXXVIII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Concelhos abrangidos pela ULSLA	25
Figura nº 2 – Freguesias (assinaladas a amarelo e laranja) que constituem o concelho de Alcácer do Sal	34
Figura nº 3 – Processo de seleção dos artigos	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Episódios de urgência no SUMC do HLA nos meses de janeiro de 2018 e 2019	26
Gráfico nº 2 – Número de admissões no SUMC do HLA entre outubro de 2018 e janeiro de 2019	27
Gráfico nº 3 – Caracterização dos episódios de urgência no SUMC do HLA	28
Gráfico nº 4 – Distribuição por concelho de origem das pessoas que recorreram ao SUB no ano de 2018	35
Gráfico nº 5 – Episódios de urgência no SUB de Alcácer do Sal nos meses de janeiro de 2018 e 2019	36
Gráfico nº 6 – Atividades de enfermagem realizadas no SUB de Alcácer do Sal, em 2018	37
Gráfico nº 7 – Distribuição dos casos de EAM entre janeiro de 2017 e novembro de 2018	60
Gráfico nº 8 – Queixa principal das pessoas com EAM	61
Gráfico nº 9 – A realização desta formação contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência	68
Gráfico nº 10 – A realização desta formação contribuiu para melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados à pessoa com dor torácica no serviço de urgência ...	69
Gráfico nº 11 – A proposta de norma de procedimento apresentada sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB é pertinente e útil para melhorar a prestação de cuidados a estas pessoas	70

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Apresentação das intervenções de enfermagem identificadas nos artigos ...	48
Tabela nº 2 – Avaliação da sessão de formação e do formador	67

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Critérios de inclusão	44
Quadro nº 2 – Critérios de exclusão	45

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório, do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, promovido pela Universidade de Évora (UE) e Institutos Politécnicos de Castelo Branco, Portalegre, Beja e Setúbal (IPCB, IPP, IPB e IPS), conforme consta no aviso nº 5622 de 2 de maio de 2016, publicado em Diário da República (UE, 2016, p. 13881), foi proposto aos estudantes a elaboração de um relatório que demonstrasse o percurso realizado no desenvolvimento de competências, comuns e específicas, que constam nos regulamentos 122 e 124 de 18 de fevereiro de 2011, da Ordem dos Enfermeiros (OE), publicados em Diário da República (OE, 2011b & OE, 2011a), para a obtenção do título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica (EMC-PSC) e do grau de mestre, cujas competências constam no capítulo III, artigo 15º do decreto-lei nº 63 de 13 de setembro de 2016, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (MCTES, 2016, p. 3174) e na proposta elaborada pela associação de escolas (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27).

Para a realização do presente documento, inserido na UC Relatório, considerando os contributos do percurso formativo ao longo deste mestrado, a análise e reflexão efetuadas, destacam particularmente as atividades desenvolvidas na UC Estágio Final, que decorreram na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), sob a orientação pedagógica e supervisão clínica da Professora Doutora Dulce Santiago e da Enfermeira Especialista e Mestre Delmira Lino.

De acordo com a OE, no regulamento nº 361 de 26 de junho de 2015, onde constam os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, os enfermeiros especialistas em EMC-PSC são elementos fundamentais na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica, decorrente do crescente número de doenças súbitas, agudizações das doenças crónicas, acidentes e catástrofes, que conduzem à falência ou risco de falência de funções vitais, e como tal, devem integrar as equipas de atendimento em contextos extra e intra-hospitalar à pessoa/família em situação crítica (OE, 2015a, p. 17241).

Tendo em conta o considerado pela OE, relativamente ao enfermeiro especialista em EMC-PSC, que é “uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português” (OE, 2015a, p. 17241) e no sentido de ir ao encontro do preconizado para a UC Estágio Final, desenvolvemos um projeto de intervenção (PI), subordinado ao tema: **cuidados de enfermagem especializados à pessoa com dor torácica**, que se insere na linha de investigação e ação deste mestrado “segurança e qualidade de vida” (EU, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2018, p. 5).

Para Sousa, Matos & Ramos (2012, p. 23) existe um risco de morte associado à dor torácica, tendo em conta as patologias que lhe podem estar subjacentes, como por exemplo o enfarte agudo do miocárdio (EAM), o tromboembolismo pulmonar (TEP), a disseção da aorta, o pneumotórax hipertensivo e o derrame pericárdico. Por sua vez, Brito (2015, p. 3) refere que a dor torácica é um dos principais motivos pelos quais as pessoas recorrem aos serviços de urgência. Destaca-se assim, a consideração da dor torácica como um desafio em contexto de serviço de urgência (Leite, Baptista, Leitão, Cochicho, Breda, Elvas, Fonseca, Carvalho & Costa, 2015, p. 1). Deste modo, pretendemos que os cuidados de enfermagem especializados à pessoa com dor torácica sejam prestados com base na prevenção e deteção precoce de complicações, garantindo uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil, partindo do pressuposto que a pessoa com dor torácica tem uma ou mais funções vitais em risco imediato (OE, 2011a, p. 8656).

Entendemos que, com o desenvolvimento do PI será possível incrementar na equipa de enfermagem uma cultura de segurança na prestação de cuidados à pessoa com dor torácica, pois através da antecipação de situações de risco é possível oferecer cuidados de enfermagem de qualidade e facilitar o processo de transição da pessoa que se apresenta no serviço de urgência com dor torácica para a pessoa que lhe é diagnosticada determinada patologia.

Pretendemos que o PI, relativo à pessoa com dor torácica em contexto de urgência, focado na segurança e qualidade de vida dessa população, seja um projeto inovador, resiliente e operacional, pelo que, propusemos a realização do mesmo no nosso local de trabalho, o Serviço de Urgência Básica (SUB) de Alcácer do Sal. A proposta foi aceite pela Professora (Prof.^a) Orientadora e pela Enfermeira (Enf.^a) Supervisora. Este projeto, cuja estrutura demonstra a importância da temática, através dos conceitos inerentes, das intervenções de enfermagem

recomendadas pela evidência científica, do diagnóstico da situação, traduz-se na formação da equipa de enfermagem e na operacionalização de uma norma de procedimento para uma abordagem uniformizada, baseada na evidência, que traduza os cuidados de enfermagem, seguros e de qualidade, a serem prestados à pessoa com dor torácica no serviço de urgência.

Assim, definimos como objetivos deste relatório:

- Apresentar de forma fundamentada as etapas do PI desenvolvido;
- Analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e competências, comuns e específicas, de enfermeiro especialista em EMC-PSC.

Na estruturação do presente documento, começamos por descrever os contextos de desenvolvimento das atividades de estágio, incluindo o contexto onde exercemos a profissão e desenvolvemos o PI. Posteriormente, apresentamos o PI, onde definimos a dor torácica, as intervenções de enfermagem inerentes, os conceitos de qualidade em saúde e a segurança do doente, abordamos o diagnóstico da situação, objetivos, metodologia e resultados alcançados com o desenvolvimento do projeto. Por fim, tem lugar a análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e de enfermeiro especialista em EMC-PSC.

No que concerne às atividades desenvolvidas e processo de análise e reflexão, o mesmo foi realizado tendo como base a teoria das transições de Afaf Meleis. Para a autora, a transição consiste na passagem de uma situação estável para outra situação estável, através de um processo com vários estádios, objetivos ou etapas, que surgem derivado a uma mudança ou evento crítico na vida ou no ambiente da pessoa, em que o enfermeiro deve identificar na pessoa em situação crítica os fatores que influenciam o processo de transição, para planejar intervenções que proporcionem transições saudáveis (Meleis, 2010, p. 11).

O presente relatório orienta-se pelas normas de referenciação bibliográfica da edição da *American Psychological Association*, 6ª edição, e, é redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

1 – APRECIÇÃO DO CONTEXTO

1.1 – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

A ULSLA foi criada a 31 de outubro de 2012, conforme consta no decreto-lei nº 238 de 31 de outubro de 2012 (Ministério da Saúde [MS], 2012, p. 6288), resultando da junção do Hospital do Litoral Alentejano (HLA) e do agrupamento de centros de saúde do Alentejo litoral, à data, ambas entidades públicas de gestão empresarial.

“Assim, prosseguindo o modelo organizacional, e de acordo com o Programa do XIX Governo Constitucional, o presente decreto -lei procede à criação da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, agregando numa única entidade pública empresarial o hospital e centros de saúde existentes no Litoral Alentejano, com vista à otimização dos recursos e consequente melhoria da prestação à população dos diferentes tipos de cuidados, incluindo os cuidados de saúde continuados” (MS, 2012, p.6288).

O objetivo da criação da ULSLA foi rentabilizar a capacidade de resposta do hospital e centros de saúde, tendo em vista os compromissos da manutenção da sustentabilidade económico-financeira, a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde (MS, 2012, p. 6288).

A missão da ULSLA abrange a promoção e a prestação de cuidados de saúde (primários, diferenciados e continuados); a garantia do acesso da população aos cuidados de saúde; a elaboração de atividades de saúde pública; a investigação, a formação e o ensino (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano [ULSLA], 2019f).

A ULSLA pretende ser uma unidade de referência, na promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde, que tenha influência no desenvolvimento regional (ULSLA, 2019f).

Para o desenvolvimento da sua atividade, os valores sob os quais os profissionais da ULSLA se regem são os seguintes: dignidade humana; respeito pela vida, direitos e vontade esclarecida dos utentes; ética na prestação de cuidados; compromisso com a legalidade, a causa pública e a defesa do bem comum; confidencialidade; colaboração; responsabilidade; promoção da satisfação dos profissionais; promoção da satisfação dos utentes (ULSLA, 2019f).

1.1.1 – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

O SUMC do HLA foi o contexto escolhido para a realização da UC Estágio Final no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização: A Pessoa em Situação Crítica.

Segundo o Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (GSEAMS), através do despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014 (GSEAMS, 2014a, p. 20673), o SUMC é o segundo nível de acolhimento para as situações de urgência e deverá existir em rede articulada com os SUB e Serviços de Urgência Polivalente (SUP). Refere ainda o despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014 (GSEAMS, 2014a, p. 20673) que cada SUMC deve distar mais de 60 minutos de outro SUMC.

Relativamente ao SUMC do HLA, o mesmo situa-se a cerca de 5 minutos da cidade de Santiago do Cacém, 60 minutos da cidade de Odemira (onde existe um SUB), 45 minutos da cidade de Alcácer do Sal (onde existe um SUB) e quando é necessário chegar a um SUP, por exemplo na zona de Lisboa, o tempo de viagem é de, aproximadamente, 90 minutos.

No SUMC do HLA, a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica desenvolve-se sobretudo na sala de emergência e no serviço de observação, onde os doentes necessitam de vigilância e observação sistematizada (GSEAMS, 2014a, p. 20674), podendo também passar pela triagem, lembrando que é competência do enfermeiro especialista – em EMC-PSC – gerir os cuidados em situação de Emergência e/ou Catástrofe (OE, 2011a, p. 8657).

1.1.1.1 – Estrutura física

O SUMC do HLA encontra-se neste momento em processo de reestruturação/ampliação das instalações (Lusa, 2018), no entanto importa descrever a sua estrutura física atual, que se situa no piso 0 do HLA. Assim sendo, o SUMC dispõe de:

- Área de admissão e de informações;
- Área de espera;
- Área destinada ao atendimento de crianças (triagem, tratamentos, 2 unidades [1 cama e 1 berço] com possibilidade de monitorização não invasiva);
- Sala de triagem onde se aplica o protocolo de Triagem de Manchester;
- Sala de emergência para 2 doentes críticos com condições para suporte avançado de vida. Esta sala está equipada com 2 ventiladores *maquet servo I* e *maquet servo S*, 2 monitores de sinais vitais e traçado cardíaco *Comen C 80*, 1 carro de emergência com monitor desfibrilhador *Philips heartstart xl*, 2 seringas infusoras *B-Braun compact*, 1 carro preparado para apoio a procedimentos de enfermagem (algaliação, entubação gástrica, colocação de acesso venoso periférico, oxigenoterapia, preparação e administração de fármacos), *kits* de parto, de drenagem torácica e de acesso venoso central e 1 computador ligado à intranet da ULSLA.
- Sala para realização de eletrocardiograma, onde existe electrocardiógrafo portátil *MAC 1200 ST*;
- Sala aberta (destinada a curta permanência e observação) disposta em “L”. A sala aberta está equipada com 3 monitores de sinais vitais e traçado cardíaco *Comen C 80*, 2 carros preparados para apoio a procedimentos de enfermagem (colocação de acesso venoso periférico e algaliação);
- Sala de ortotraumatologia;
- Sala de pequena cirurgia;
- Sala de tratamentos de enfermagem;
- 5 Gabinetes médicos;

- 2 Casas de banho para doentes (apenas uma para doentes com mobilidade reduzida);
- Sala de arrumos. Nesta sala estão equipamentos e fármacos destinados à utilização em todas as áreas do serviço de urgência, nomeadamente, 8 bombas infusoras *B-Braun infusomat space*, 10 seringas infusoras *B-Braun compact*, bem como o frigorífico para armazenamento de fármacos;
- Serviço de Observação:
 - 6 Camas, sendo que em 4 dessas camas é possível a monitorização não invasiva com monitores de sinais vitais e traçado cardíaco *Comen C 80* e a realização de procedimentos invasivos;
 - 8 Macas, sendo que 3 possibilitam a monitorização não invasiva, com recurso a 3 monitores de sinais vitais e traçado cardíaco *Comen C 80*;
 - 2 Postos de trabalho de enfermagem;
 - 1 Posto de trabalho de medicina;
 - 1 Zona de preparação de terapêutica. Perto desta zona de preparação de terapêutica está alocado o carro de emergência equipado com monitor desfibrilhador *Philips heartstart xl* cuja sua utilização está prevista para os doentes em serviço de observação;
 - 1 Casa de banho com chuveiro, destinada aos doentes, sem possibilidade de entrada de macas.

1.1.1.2 – Recursos humanos

A equipa do SUMC do HLA é composta por vários profissionais de diferentes categorias.

De acordo com o despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014, a formação dos médicos e enfermeiros na rede de urgência deve contemplar curso de suporte avançado de vida (SAV), a formação dos assistentes operacionais (AO) deve contemplar curso de suporte básico de vida (SBV) e técnicas de trauma. Por fim, o mesmo documento faz menção às competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC (GSEAMS, 2014a, p.20677).

Após uma breve análise daquelas que são as orientações do ponto de vista legal, importa descrever as equipas que constituem o SUMC do HLA:

- A equipa médica:

A equipa médica do SUMC do HLA é constituída por 2 médicos de clínica geral, 2 assistentes de medicina interna, 2 assistentes de cirurgia geral, 2 assistentes de ortopedia, 1 médico escalado na urgência de pediatria (pediatra ou clínico geral), sendo que um dos médicos assegura a chefia da equipa. É comum também a presença de internos de medicina, cirurgia e ortopedia na escala do serviço de urgência. A escala é atualizada diariamente, pois os turnos médicos são, habitualmente, de 12 ou 24h.

- A equipa de enfermagem:

A equipa de enfermagem do SUMC do HLA é constituída por um total de 41 enfermeiros, dos quais 1 assume funções de gestão (coordenador), 1 com licença de doença prolongada e 1 com indicação médica para evicção de esforços. Cerca de 28% dos enfermeiros são especialistas (11), 6 na área da pessoa em situação crítica, 2 na área da reabilitação, 3 na área da pediatria e a mesma percentagem (28%) tem menos de 2 anos de experiência no SUMC.

A distribuição da equipa de enfermagem nos turnos da manhã, tarde e noite, pretende assegurar os seguintes postos de trabalho: urgência de pediatria (1 elemento), triagem de adultos (1 elemento), sala de emergência (1 elemento), sala aberta (1 elemento), balcões de ortopedia e cirurgia (1 elemento), serviço de observação (2 elementos).

- A equipa de assistentes operacionais (AO):

Atualmente a equipa de AO é constituída por 23 elementos, dos quais 2 têm indicação médica para evicção de esforços. Os postos de trabalho definidos para os AO são: Triagem/Sala de Emergência (SE); Pediatria; Sala Aberta; Balcão de cirurgia/ortopedia; SO.

Segundo o autor Vigor (2017, p. 2) o AO é o

“profissional que auxilia na prestação de cuidados de saúde aos utentes, na recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização dos espaços e no apoio logístico e administrativo das diferentes unidades e serviços de saúde, sob orientação do profissional de saúde”.

- A equipa de assistentes técnicos:

A equipa de assistentes técnicos é composta por no mínimo 2 elementos por turno (manhã, tarde e noite), sendo que no período diurno existe a possibilidade de reforço com o objetivo de reforçar a área de admissão e informações.

- Outros profissionais:

Também colaboram com o SUMC do HLA os profissionais que realizam exames complementares de diagnóstico (eletrocardiograma, exames de imagem, análises laboratoriais).

1.1.1.3 – Caraterização da população

A ULSLA abrange cinco concelhos representados na figura 1: Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira (Araújo, Guerreiro, Tavares, Pimentel & Neto, 2014).

Figura nº 1 – Concelhos abrangidos pela ULSLA



Fonte: Rio mira, 2012

Segundo dados de 2017 residiam no litoral alentejano (Odemira, Sines, Santiago do Cacém, Grândola e Alcácer do Sal) 94033 pessoas, sendo que 24238 tinham mais de 65 anos. Quando comparamos os dados de 2017 com os dados de 2001 verificamos que houve um decréscimo na população residente e um crescimento da população residente com mais de 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018a).

Relativamente aos números da natalidade no litoral alentejano verificamos que em 2017 registaram-se 680 nascimentos, menos 688 quando comparamos com os últimos dados apresentados que reportam a 1981 (INE, 2018b).

Em 2017 registaram-se 1240 óbitos de entre a população residente no litoral alentejano, sendo que as principais causas de morte nesse mesmo ano são as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos e as doenças do aparelho respiratório (INE, 2019a).

Para além da população residente no litoral alentejano, o SUMC também pode receber a população que visita a região, seja em turismo ou em trabalho. Os dados estatísticos mostram-nos que entre 2009 e 2017 os alojamentos turísticos na região, incluindo os hotéis, passaram de 42 para 163 (INE, 2019b) e que os setores económicos mais representados, ou seja, com maior

número de empresas na região são a agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca, o comércio e o alojamento e restauração (INE, 2019c). No entanto, não podemos deixar de referir o impacto que o porto de Sines tem no desenvolvimento económico da região, pois é a principal porta de abastecimento energético do país (petróleo e derivados, gás natural e carvão) e um importante porto de carga dotado de acessibilidades e com potencial de crescimento (Administração dos Portos de Sines e do Algarve, 2019).

1.1.1.4 – Análise da produção de cuidados

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) o SUMC do HLA registou 48088 episódios de urgência em 2017, isto é, uma média de 131 episódios diários (INE, 2018c).

Por outro lado, segundo dados obtidos através do relatório diário dos serviços de urgência, documento elaborado e atualizado periodicamente pelo gabinete de planeamento e apoio à gestão da ULSLA, recorreram ao SUMC do HLA 37802 pessoas desde o início de 2018 até 12 de outubro do mesmo ano (uma média de 133 pessoas por dia no SUMC do HLA), sendo que 2875 pessoas necessitaram de internamento neste SUMC que dispõe das valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia (radiografia, ecografia e tomografia computadorizada) e Patologia Clínica (GSEAMS, 2014a, p. 20674). No gráfico nº 1 podemos observar os dados da afluência nos meses de janeiro de 2018 e mais de metade do mês de janeiro de 2019.

Gráfico nº 1 – Episódios de urgência no SUMC do HLA nos meses de janeiro de 2018 e 2019

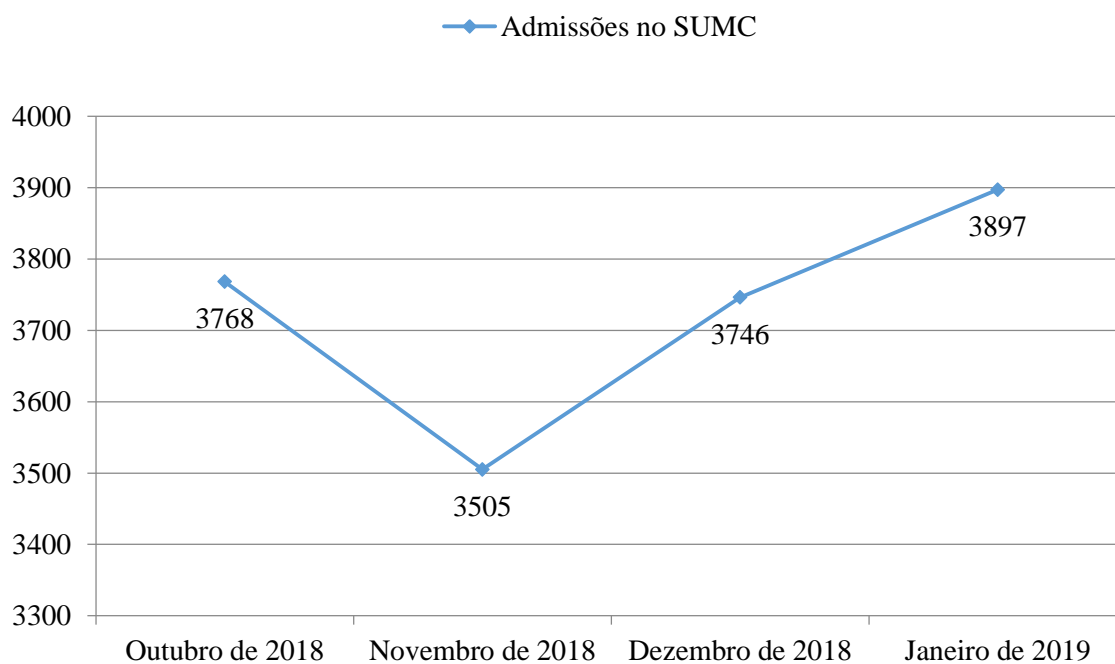


Fonte: ULSLA, 2019d

Todavia, importa-nos analisar a produção de cuidados no SUMC do HLA no período em que decorreu a UC Estágio Final, ou seja, entre outubro de 2018 e janeiro de 2019, sendo que para tal, consultámos na internet os dados da responsabilidade do MS relativamente aos atendimentos em urgência hospitalar por triagem de Manchester.

Deste modo, ao observarmos o gráfico nº 2, verificamos que o número de pessoas admitidas no SUMC do HLA variou entre o mínimo de 3505 em novembro de 2018 e o máximo de 3897 em janeiro de 2019, tendo-se registado 3768 e 3746 admissões em outubro e dezembro, respetivamente (MS, 2019).

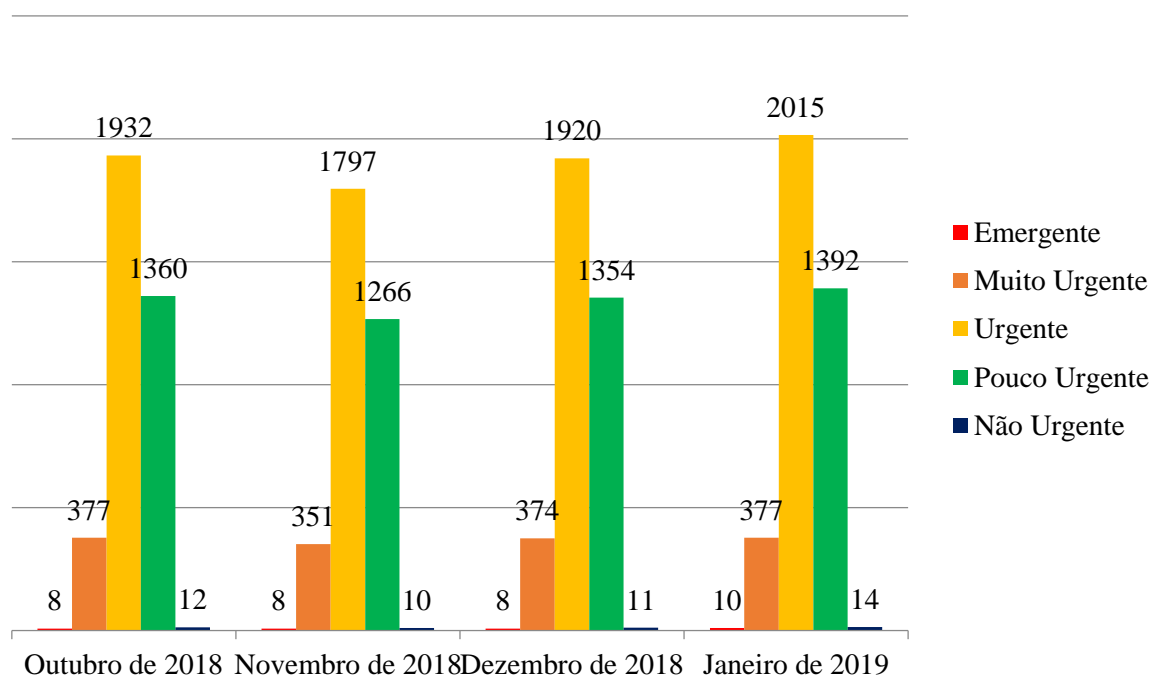
Gráfico nº 2 – Número de admissões no SUMC do HLA entre outubro de 2018 e janeiro de 2019



Fonte: MS, 2019

Relativamente à prioridade atribuída pelos enfermeiros, de acordo com a triagem de Manchester, às pessoas admitidas no SUMC do HLA entre outubro de 2018 e janeiro de 2019, conforme nos mostra o gráfico nº 3, podemos constatar que foi atribuída uma prioridade urgente à maior parte das pessoas que recorreram ao SUMC. A prioridade emergente foi atribuída 8 vezes, quer em outubro de 2018, quer em novembro e dezembro do mesmo ano e 10 vezes em janeiro de 2019. A prioridade muito urgente foi atribuída todos os meses em mais de 350 episódios de urgência, sendo que em novembro de 2018 foi atribuída 351 vezes e 377 vezes em outubro de 2018 e janeiro de 2019, respetivamente (MS, 2019).

Gráfico nº 3 – Caraterização dos episódios de urgência no SUMC do HLA



Fonte: MS, 2019

1.1.2 – Serviço de Urgência Básica

A ULSLA, para além do SUMC, possui dois SUB. Tanto o SUB de Alcácer do Sal, como o SUB de Odemira, são unidades funcionais integradas na área dos cuidados de saúde primários (ULSLA, 2019c).

A relevância do SUB neste capítulo está relacionada com a prática profissional. Consideramos necessária a caracterização de um SUB da ULSLA, nomeadamente o SUB de Alcácer do Sal, com vista a enquadrar o contexto de desenvolvimento do PI.

Desde 1996 que tem sido desenvolvido um trabalho de reestruturação da rede de urgências em Portugal. O despacho nº 13377 de 6 de outubro de 2011, do GSEAMS, determinou a criação de uma comissão para a reavaliação da rede nacional de emergência e urgência (GSEAMS, 2011, p.39681). Consultámos um relatório elaborado por essa mesma comissão, em que verificámos que no caso da ULSLA, tanto o SUB de Odemira como o de Alcácer do Sal, devem manter a sua classificação atual (Paiva, J. A., Silva, A. M., Almeida, A. L., Seco, C. M., Gomes, C. M., Ribeiro, E. P., ... Silva, R. P., 2012, p.32).

Sabendo que o SUB é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, proporcionando a estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade que necessitam de cuidados diferenciados (GSEAMS, 2014a, p. 20673), destacamos o papel do enfermeiro especialista em EMC-PSC neste contexto, pois os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica permitem a manutenção das funções vitais e a prevenção de complicações, através de uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (OE, 2011a, p. 8656). Ainda neste sentido, o despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014 refere que

“a formação e o currículo de, pelo menos, 50% dos profissionais nas equipas de atendimento da Rede, em exercício em qualquer um momento, nos SUB, no SUMC e no SUP devem contemplar: ... c) Relativamente aos Enfermeiros: I. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros;” (GSEAMS, 2014a, p. 20677).

1.1.2.1 – Estrutura física

O SUB está localizado no piso 0 do edifício do centro de saúde de Alcácer do Sal. As instalações, inauguradas em outubro de 2008 (Radio Televisão Portuguesa, 2008), sofreram recentemente obras de reestruturação com vista à criação de uma sala de triagem e de uma sala de espera destinada às crianças. Indo ao encontro do que está preconizado no artigo 20º do

despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014 (GSEAMS, 2014a, p. 20677), verificámos que a estrutura física do SUB é a seguinte:

- Área de espera destinada a adultos;
- Área de espera destinada a crianças;
- Área de admissão e registo;
- 5 Casas de banho para doentes, sendo que 2 são destinadas a pessoas com mobilidade reduzida e uma dessas casas de banho dispõe de banheira;
- Sala de triagem onde se aplica o protocolo de Triagem de Manchester;
- 2 Gabinetes médicos;
- Sala de reanimação e tratamentos, com condições para suporte avançado de vida a 1 doente crítico, realização de tratamentos de enfermagem e pequena cirurgia. Esta sala está equipada com 1 carro de emergência com monitor desfibrilhador *Zoll MSeries*, aspirador de secreções, 1 carro com material de apoio a situações de trabalho de parto (*kits de parto*), material de imobilização (plano duro, maca pluma, colares cervicais e manta térmica), armários com material para procedimentos de enfermagem (algaliação, entubação gástrica, colocação de acesso venoso periférico, preparação e administração de fármacos) e 1 computador ligado à intranet da ULSLA;
- Área de espera comum para os gabinetes médicos e sala de tratamentos;
- Sala de aerossóis, com capacidade mínima de 2 doentes;
- Serviço de Observação:
 - 4 Camas, sendo que apenas é possível a monitorização não invasiva em apenas 2;

- 5 Macas;
 - 1 Posto de trabalho de enfermagem, que permite a vigilância das 4 camas e onde existe 1 monitor desfibrilhador *Philips Heartstart MRx*, 1 mala de transferência, 1 seringa infusora *B-Braun compact*, 1 bomba infusora *B-Braun infusomat space*, 1 electrocardiógrafo portátil *MAC 1200 ST* e 2 aspiradores de secreções portáteis;
 - 1 Zona destinada à realização de análises (química seca);
- Área destinada à realização de raio-X;
 - Sala de arrumação de material de consumo clínico;
 - Copa;
 - 2 Balneários destinados aos funcionários;
 - Zona da morgue (1 sala de autópsias e 2 câmaras frigoríficas).

1.1.2.2 – Recursos humanos

Desde a inauguração do SUB até aos dias de hoje, o número de profissionais tem vindo a aumentar, sobretudo no que diz respeito ao número de médicos e enfermeiros.

Segundo o despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014, os recursos humanos alocados ao SUB são, no mínimo: “dois Médicos em presença física, dois Enfermeiros em presença física, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica de áreas profissionais adequadas, (...), um Assistente Operacional com funções de auxiliar de ação médica e um Assistente Técnico, por equipa” (GSEAMS, 2014a, p. 20673). No mesmo documento observámos que a formação em SAV é exigida a Médicos e Enfermeiros e, pelo menos, metade da equipa deve ter a competência em

emergência médica (no caso dos Médicos) e competências específicas em EMC-PSC (no caso dos Enfermeiros).

Descrevemos de seguida, as equipas que constituem o SUB:

- A equipa médica:

No SUB trabalham médicos de clínica geral, de medicina geral e familiar e de medicina interna. Ambos em regime de prestação de serviços. Os turnos são de 12 ou 24h e estão sempre cobertos com a presença de 2 médicos.

- A equipa de enfermagem:

A equipa de enfermagem do SUB é constituída por um total de 11 enfermeiros, dos quais 1 assume funções de gestão (coordenador). A equipa é bastante homogénea relativamente aos anos de experiência profissional, sendo que apenas um dos profissionais conta com mais de 10 anos de experiência profissional. No que diz respeito à formação, podemos afirmar que 8 dos 11 enfermeiros têm formação em SAV, transporte do doente crítico e curso de triagem de Manchester. Pelo menos 2 dos 11 enfermeiros encontram-se a realizar curso de Mestrado, sobretudo na área da EMC-PSC e da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Existem também profissionais com cursos de pós-graduação em cuidados paliativos, doente crítico e feridas.

A distribuição da equipa de enfermagem nos turnos da manhã, tarde e noite, pretende garantir: 2 elementos (que se dividem pelo serviço de observação, sala de reanimação e tratamentos e sala de triagem). Sempre que existe necessidade, um dos elementos realiza o acompanhamento da pessoa em situação crítica que é transferida entre serviços de urgência. Posto isto, o trabalho em equipa é uma premissa fundamental neste contexto, sobretudo no que diz respeito às dinâmicas do serviço de urgência. A OE refere, no regulamento nº 190 de 23 de abril de 2015, que diz respeito ao perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, que o enfermeiro

“contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração” (OE, 2015b, p. 10089) e, por sua vez, o enfermeiro especialista “Gere os cuidados, otimizando a

resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” (OE, 2011b, p. 8652).

- A equipa de assistentes operacionais (AO):

Atualmente a equipa de AO é constituída por 5 elementos, todos com formação em SBV e 3 com formação em técnicas de trauma. As AO, sob a supervisão de enfermagem, colaboram na prestação de cuidados, reposição de materiais, limpeza e higienização de equipamentos e salas do serviço de urgência.

- A equipa de assistentes técnicos:

A equipa de assistentes técnicos é composta por 5 elementos, de modo a garantir 1 por turno (manhã, tarde e noite).

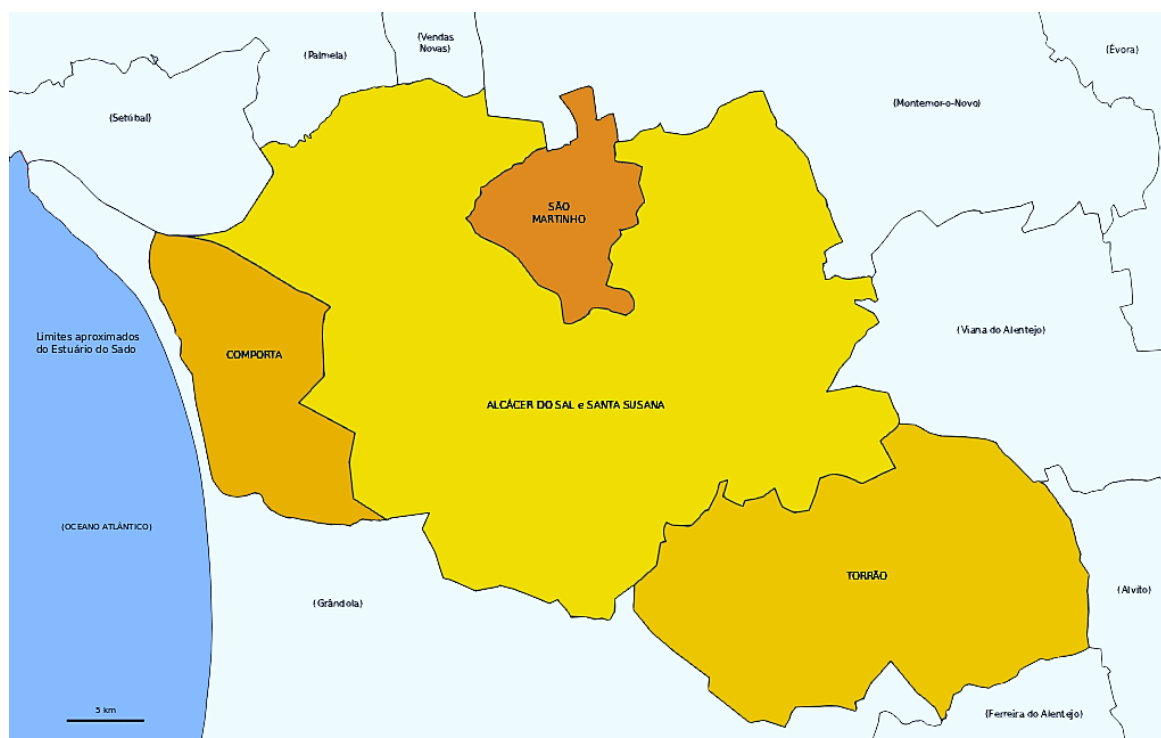
- Técnicos de diagnóstico e terapêutica:

Os técnicos de diagnóstico e terapêutica desempenham funções no SUB, garantindo a realização de raio-X ao longo dos turnos da manhã, tarde e noite.

1.1.2.3 – Caraterização da população

O concelho de Alcácer do Sal é o segundo maior do país, com 1479,94 km² de área, subdividido em quatro freguesias: Comporta, São Martinho, Torrão e União das Freguesias de Alcácer do Sal (Santa Maria do Castelo e Santiago) e Santa Susana. Conforme nos mostra a figura nº 2, é limitado a norte pelos municípios de Palmela, Vendas Novas e Montemor-o-Novo; a nordeste por Viana do Alentejo; a leste por Alvito; a sul, por Ferreira do Alentejo e Grândola; a oeste também por Grândola, através de um braço do estuário do Sado; e a noroeste, através do estuário do Sado, por Setúbal (Câmara Municipal de Alcácer do Sal [CMAS], 2015).

Figura nº 2 – Freguesias (assinaladas a amarelo e laranja) que constituem o concelho de Alcácer do Sal



Fonte: Alentejo Turismo, s/d

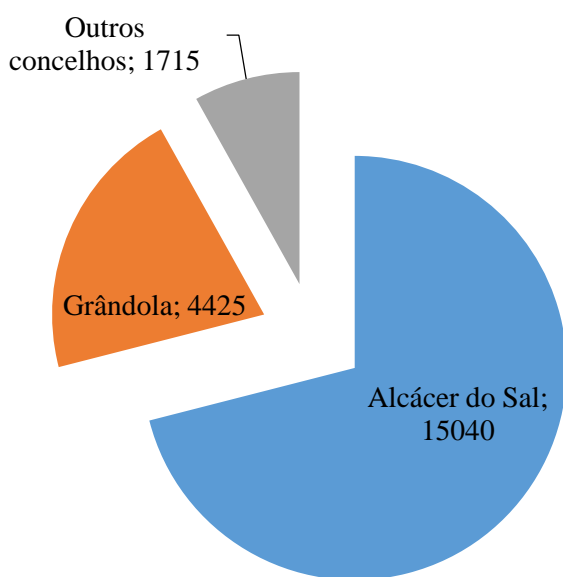
A população residente no concelho de Alcácer do Sal, segundo dados de 2017, é de 11927 pessoas, sendo que 3441 tinham mais de 65 anos. O decréscimo da população residente é notório, pois em relação a 2001 existem menos 2304 pessoas a residir no concelho, no entanto, o número de pessoas com mais de 65 anos mantém-se inalterado (INE, 2018a).

Quanto à natalidade no concelho de Alcácer do Sal, observamos que em 2017 apenas se registaram 63 nascimentos, menos 150 quando comparamos com os últimos dados apresentados que reportam a 1981 (INE, 2018b).

No concelho de Alcácer do Sal registaram-se 161 óbitos no ano de 2017, sendo que as principais causas de morte, à semelhança do que acontece na região do Alentejo litoral, são os tumores malignos, as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho respiratório (INE, 2019a).

O SUB de Alcácer do Sal, para além de receber a população residente no concelho, pode receber também a população residente nos concelhos limítrofes, bem como a população que passa pelo concelho em turismo ou em trabalho. No gráfico nº 4 podemos observar que, das 21189 pessoas que recorreram ao SUB em 2018, a maior parte era residente nos concelhos de Alcácer do Sal e de Grândola.

Gráfico nº 4 – Distribuição por concelho de origem das pessoas que recorreram ao SUB no ano de 2018



Fonte: Galvão & Palmeirinha, 2019, p. 4

Os dados estatísticos mostram-nos que em 2017 houve um aumento dos alojamentos turísticos no concelho em relação a 2009, passando de 6 para 14 (INE, 2019b) e que os setores económicos mais representados, isto é, com maior número de empresas no concelho são a agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca, o comércio e o alojamento e restauração (INE, 2019c).

Em suma, a população que recorre ao SUB tende a aumentar, sobretudo nos meses de verão, devido ao forte investimento no turismo que acontece no concelho, nomeadamente a construção de mais um hotel no centro da cidade, a ampliação de outra unidade hoteleira, a construção de um aldeamento turístico com acesso a uma barragem e a ampliação de uma pousada na freguesia do Torrão (Celestino, 2019).

1.1.2.4 – Análise da produção de cuidados

Ao analisarmos um relatório sobre transferências inter-hospitalares, realizadas a partir do SUB de Alcácer do Sal, observámos que em 2018 registaram-se 21189 episódios de urgência – em janeiro deste ano (gráfico nº 5) foram já contabilizados 1456 episódios – sendo que, 1154 pessoas foram transferidas para outro serviço de urgência. Dessas transferências, 113 foram acompanhadas pela equipa médica do SUB, devido à complexidade das situações de urgência, que variam desde as situações de insuficiência cardíaca e respiratória até às situações de trabalho de parto (Galvão & Palmeirinha, 2019, p. 12).

Gráfico nº 5 – Episódios de urgência no SUB de Alcácer do Sal nos meses de janeiro de 2018 e 2019



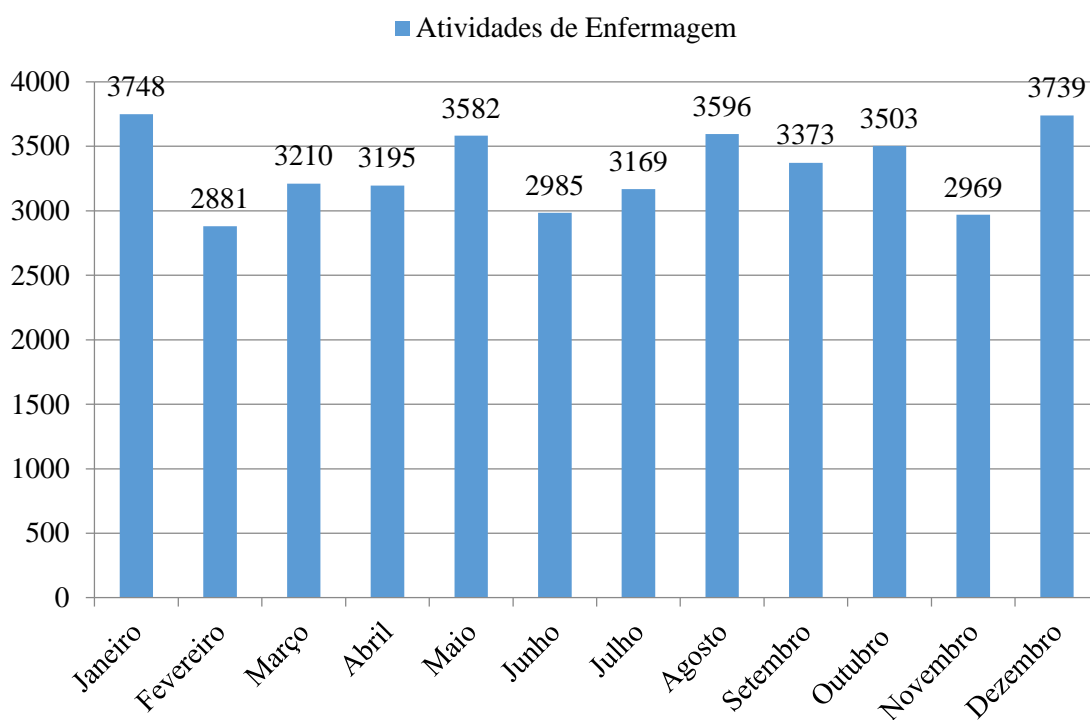
Fonte: ULSLA, 2019d

Quando comparamos os dados anteriores, relativos aos episódios de urgência, com os últimos dados disponibilizados pelo INE, que reportam ao ano de 2012, verificamos que houve um aumento do número de episódios de urgência, pois em 2012 o SUB registou 19159 episódios e em 2018 registou 21189 episódios (INE, 2018c).

Uma vez que a Triagem de Manchester foi implementada no SUB de Alcácer do Sal a 23 de maio do presente ano, não nos foi possível obter dados sobre as prioridades atribuídas aos episódios de urgência. Contudo, importa-nos analisar a produção de cuidados no SUB de Alcácer do Sal no ano de 2018, sendo que para tal, consultámos internamente os resultados da

estatística relativa às atividades de enfermagem (pensos, injetáveis, lavagens oculares/auriculares/gástricas/vesicais, algaliações, entubações gástricas, administração de soros, oxigenoterapia/nebulizações, imobilizações, colaboração em pequenas cirurgias, avaliação de sinais vitais, pesquisa de glicémia capilar, reanimação, prestação de cuidados de higiene, entre outros nos quais se incluem administração de medicação oral, realização de análises e eletrocardiograma de 12 derivações [ECG]) contempladas num documento de registo existente e que apresentamos em seguida, no gráfico nº 6.

Gráfico nº 6 – Atividades de enfermagem realizadas, no SUB de Alcácer do Sal, em 2018



Fonte: do próprio

1.2 – Extra-Hospitalar

Neste ponto pretendemos elucidar sobre os contextos extra-hospitalares com os quais tivemos contacto e que contribuíram para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em EMC-PSC.

Segundo a OE, no regulamento nº 226 de 16 de abril de 2018, sobre a competência acrescida diferenciada em emergência extra-hospitalar, entende-se por emergência extra-hospitalar “toda a situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe experienciada por pessoa, grupo ou comunidade, que exige uma avaliação e intervenção imediatas, no momento e local, garantindo um atendimento de qualidade, integral e oportuno” (OE, 2018, p. 10759).

Comparativamente com o conteúdo das competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC (OE, 2011a), verificamos que o enfermeiro de emergência extra-hospitalar é detentor de conhecimento e pensamento sistematizado; é responsável pelo processo de cuidados de enfermagem no momento da emergência extra-hospitalar até à transição para a unidade de saúde destinatária; assegura a prática baseada na evidência e investigação; desenvolve a prática de acordo com os princípios éticos e deontológicos da enfermagem (OE, 2018, p. 10759).

Neste sentido, torna-se fulcral a apreciação deste contexto, extra-hospitalar, pois o enfermeiro presta cuidados à pessoa, grupo ou comunidade que vivenciou ou está a vivenciar uma situação de emergência e que requer por esse motivo, a atenção e o tempo clínico do enfermeiro no processo de transição (Meleis, 2010, p. 1).

1.2.1 – Ambulância de Suporte Imediato de Vida

A ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) tem como missão a prestação de cuidados diferenciados, como por exemplo, em situações de paragem cardiorrespiratória (PCR) ou na eminência de PCR, até à chegada de uma equipa com capacidade para SAV (INEM, 2017a).

A história remete-nos para 2007, ano em que foi instalada em Odemira uma ambulância piloto, tripulada por médico, enfermeiro e socorrista, com o objetivo da implementação do

modelo SIV. Já em outubro do mesmo ano foram criadas as ambulâncias SIV de Odemira, Moura, Estremoz e Elvas (INEM, 2017b).

As ambulâncias SIV estão atualmente integradas nos SUB, sendo a sua tripulação constituída por um enfermeiro e um técnico de ambulância de emergência, ambos com formação específica ministrada pelo INEM, conforme refere o GSEAMS através do despacho nº 5561 de 23 abril de 2014 (GSEAMS, 2014b, p. 11124). De acordo com um relatório de integração das Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e SIV, o INEM concluiu que a integração das SIV nos SUB veio: aumentar a formação administrada aos enfermeiros dos serviços de urgência; aumentar a segurança e a qualidade na realização do transporte do doente crítico; criar uma fonte de receita para as unidades de saúde (INEM, 2018, p. 36).

1.2.2 – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

A VMER é uma viatura tripulada por uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro, que têm como missão a rápida chegada ao local onde se encontra a vítima de doença e/ou traumatismo, com a finalidade de estabilizarem a mesma em contexto extra-hospitalar e acompanhá-la até ao serviço de urgência, dispondo para isso de equipamento de SAV (GSEAMS, 2014b, p. 11124).

A primeira VMER foi criada no ano de 1989, oito anos depois da criação do INEM. Na altura designada por viatura médica de intervenção rápida, ficou inicialmente sediada em instalações do INEM e a sua tripulação era constituída por um médico e um tripulante de ambulância de socorro. No ano de 1991 foram criadas as VMER do Hospital de Cascais e do Hospital de São Francisco Xavier, passando então, a ficarem sediadas em hospitais (INEM, 2017b).

Nos dias de hoje, as quarente e quatro VMER existentes em Portugal continental encontram-se integradas nos SUP e SUMC. A taxa de operacionalidade em 2017 foi de

99,19%, sendo que os motivos de inoperacionalidade prendem-se com falta de tripulação ou avarias (INEM, 2018, p. 27).

À semelhança do que acontece com as SIV, o INEM refere também que a integração das VMER nos serviços de urgência fez com que houvesse um aumento da formação ministrada a médicos e enfermeiros desses mesmos serviços, o que se traduz em ganhos para o sistema, eficiência na gestão dos recursos humanos e criação de fontes de financiamento para as unidades de saúde (INEM, 2018, p. 36).

2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

No decorrer da UC Estágio Final no SUMC do HLA, de entre inúmeras situações às quais prestámos cuidados, constatámos que a abordagem realizada à pessoa com dor torácica pode ser otimizada e aplicada, dentro da mesma unidade local de saúde, noutros serviços de urgência, correspondendo às linhas orientadoras internacionais e nacionais para este tipo de situações.

Atendendo à linha de investigação e ação do curso de Mestrado em Enfermagem, segurança e qualidade de vida, desenvolvemos um PI que inclui a elaboração e implementação de uma norma de procedimento para uma abordagem à pessoa com dor torácica. Para tal, importa abordar os conceitos subjacentes ao PI, ou seja, a dor torácica, as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica, a qualidade em saúde e a segurança do doente, que se apresentam de seguida.

2.1 – Enquadramento concetual

No enquadramento concetual pretendemos descrever os conceitos que consideramos essenciais para a compreensão do PI, nomeadamente a dor torácica, as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica, a qualidade em saúde e a segurança do doente.

2.1.1 – Dor torácica

Sabemos que a dor, independentemente da localização anatómica, consiste numa experiência desagradável, multidimensional, que abrange uma componente sensorial e emocional, associada a uma lesão concreta ou potencial, ou descrita em relação a essa lesão. Para além de ser uma experiência única e pessoal, a dor deve ser percepcionada de acordo com um modelo biopsicossocial, no qual a subjectividade se destaca, pois não existem marcadores

biológicos que permitam quantificar a dor (International Association for the Study of Pain, 2017). Para os autores McGillion & Watt-Watson (2007, p. 343), a dor é

“multidimensional e inteiramente subjetiva (...) só a pessoa que experimente a dor está em condições de a descrever ou avaliar (...) pode ser evocada por múltiplos estímulos, mas a reação a ela não pode ser medida de modo objetivo (...) é uma experiência aprendida que é influenciada pela situação de toda uma vida”.

Desde 2003 que a Direção Geral da Saúde (DGS), através da circular normativa nº 9 de 14 de junho de 2003 sobre a dor como 5º sinal vital, equipara a dor a um sinal vital, pois a dor e os efeitos da terapêutica instituída devem ser valorizados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde de forma rotineira, na abordagem das pessoas que sofram de dor aguda ou crónica, utilizando para tal as escalas validadas internacionalmente (a escala visual analógica, a escala numérica, a escala qualitativa ou a escala de faces) (DGS, 2003, p. 1).

A dor torácica é uma das principais queixas apresentadas pelas pessoas que recorrem aos serviços de urgência. A este sintoma podem estar associadas situações emergentes ou muito urgentes, como é o caso das síndromes coronárias agudas (SCA), ou situações não urgentes, como por exemplo as dores musculoesqueléticas (Brito, 2015, p.3), pelo que, a abordagem à dor torácica deve ser precisa e célere, devido ao risco de morte inerente a algumas patologias, tais como, o EAM, o TEP, a disseção da aorta, o pneumotórax hipertensivo e o derrame pericárdico (Sousa, Matos & Ramos, 2012, p. 23).

Segundo Rosário, Ferreira & Cortez (2013, p. 2) as principais causas de dor torácica são cardiovasculares (SCA, TEP, EAM, disseção da aorta, tamponamento cardíaco, pericardite, estenose aórtica, prolapso da válvula mitral), pulmonares (pneumotórax, pneumonia, derrame pleural) digestivas (ruptura esofágica, gastrite, úlcera péptica, pancreatite), musculoesqueléticas e outras classificadas como distúrbios emocionais/psiquiátricos.

Podemos caracterizar a dor torácica tendo em conta a sua etiologia, ou seja, dor torácica de origem não cardíaca e dor torácica de origem cardíaca (Lopes, Gentile, Torres, Souza, Silva, & Vilagra, 2011).

Por um lado, a dor torácica de origem não cardíaca está relacionada com processos fisiopatológicos do aparelho digestivo, sistema musculoesquelético e aparelho respiratório, bem como os distúrbios psicológicos (Domingues & Moraes-Filho, 2009, p. 234). Manifesta-se como uma dor intensa tipo pontada ou facada, sem irradiação, podendo ser acompanhada por outros sinais, como por exemplo: respiração superficial, pele pálida, sudorese, assimetria torácica, ingurgitamento jugular, cianose, hipotensão e taquicardia (Valente, Catarino, Ribeiro & Martins, 2012, p. 15).

Por outro lado, a dor torácica de origem cardíaca pode ser uma dor sugestiva de isquemia, ou seja, dor anginosa, manifestando-se por dor na região retrosternal ou precordial, tipo compressiva, sensação de peso, sensação de queimadura ou picada, podendo irradiar para o membro superior esquerdo, mandíbula, região cervical, região dorsal e/ou epigastro. Geralmente esta dor é de início repentino ou desencadeada após esforço físico, tornando-se constante, ou seja, pode durar mais de 20 minutos após o seu início. Frequentemente alivia com o repouso e a administração de nitrato (Lopes et al., 2011, p. 21).

No contexto de serviço de urgência, a dor torácica é um desafio para os profissionais de saúde, pois é um sintoma que pode estar presente em várias patologias, desde as lesões musculoesqueléticas até às emergências médicas que possam colocar em risco a vida (Leite et al., 2015, p. 1).

Consideramos que na origem da dor torácica, estando subjacente uma patologia, como por exemplo o EAM, que coloque a pessoa com dor numa situação crítica e/ou falência orgânica, compete ao enfermeiro especialista em EMC-PSC realizar a gestão diferenciada da dor e do bem-estar dessa pessoa, otimizando as respostas (OE, 2011a, p. 8656) e promovendo uma transição saudável, ou seja, evitando a vulnerabilidade e o risco associados ao processo de transição (Meleis, 2010, p. 132).

2.1.2 – Intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica

A abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência requer por parte do enfermeiro a realização de um plano de cuidados na fase aguda que satisfaça as necessidades humanas básicas e que garanta a oxigenação, ventilação, perfusão, conforto, controlo da dor, monitorização e administração de fármacos (Santos, 2016, p. 60).

Neste sentido, através da realização de uma revisão integrativa da literatura pretendemos definir as intervenções de enfermagem a serem utilizadas aquando da abordagem à pessoa com dor torácica.

A revisão integrativa da literatura, segundo Fortin (1999) constitui um método de pesquisar, catalogar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores. Deste modo, a presente revisão integrativa da literatura, sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica, tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem indicadas para a pessoa com dor torácica.

De forma a respondermos ao objetivo estipulado anteriormente utilizamos a metodologia PI[C]O (população, intervenção, [comparação] e *outcomes*) para formular a pergunta científica:

Quais as intervenções de enfermagem (I) no controlo da dor (O) na pessoa com dor torácica (P)?

De forma a mantermos a coerência entre a questão de investigação e refinarmos a pesquisa nas bases de dados, tornou-se essencial definir os critérios de inclusão (quadro nº 1) e exclusão (quadro nº 2) para a mesma, tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão, sistematizados e apresentados de seguida (Cunha, Cunha & Alves, 2014).

Quadro nº 1 – Critérios de inclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Tipo de participantes	Pessoas com dor torácica com idade igual ou superior a 18 anos

Tipo de intervenções	Intervenções de enfermagem que proporcionem o controlo da dor em contexto de serviço de urgência
Tipo de outcomes	
Tipo de estudos	Artigos disponíveis em texto completo

Fonte: do próprio

Quadro nº 2 – Critérios de exclusão

Critérios de seleção	Critérios de exclusão
Tipo de participantes	Pessoas com dor torácica com idade inferior a 18 anos
Data de publicação	Artigos com mais de 5 anos
Língua	Artigos que não sejam em língua portuguesa, inglesa ou espanhola
Tipo de estudos	Artigos sem texto completo disponível

Fonte: do próprio

Após estarem clarificados os critérios de inclusão e exclusão, definimos, para uma pesquisa mais eficaz nas bases de dados, as seguintes palavras-chave: *interventions, nursing, pain, chest, emergency department*. Estes termos foram extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde.

Para obtermos uma pesquisa da literatura mais precisa foi utilizado o operador booleano *and* – que encontra documentos que contenham um e outro assunto – construindo-se posteriormente a combinação utilizada na pesquisa, que, tal como refere Saks (2005, p. 9) torna-se numa importante e útil ferramenta de planeamento e sistematização do trabalho. Deste modo, utilizámos a seguinte combinação:

Interventions AND Nursing AND Chest pain AND Emergency department.

A pesquisa de informação atualizada relativa à temática em estudo, caracteriza-se por ser uma das etapas mais importantes na revisão da literatura, pois tem como objetivo obter o maior número possível de estudos relacionados, neste caso, com a temática intervenções de enfermagem no controlo da dor da pessoa com dor torácica. Deste modo, para esta revisão realizámos pesquisas nas seguintes fontes primárias de informação:

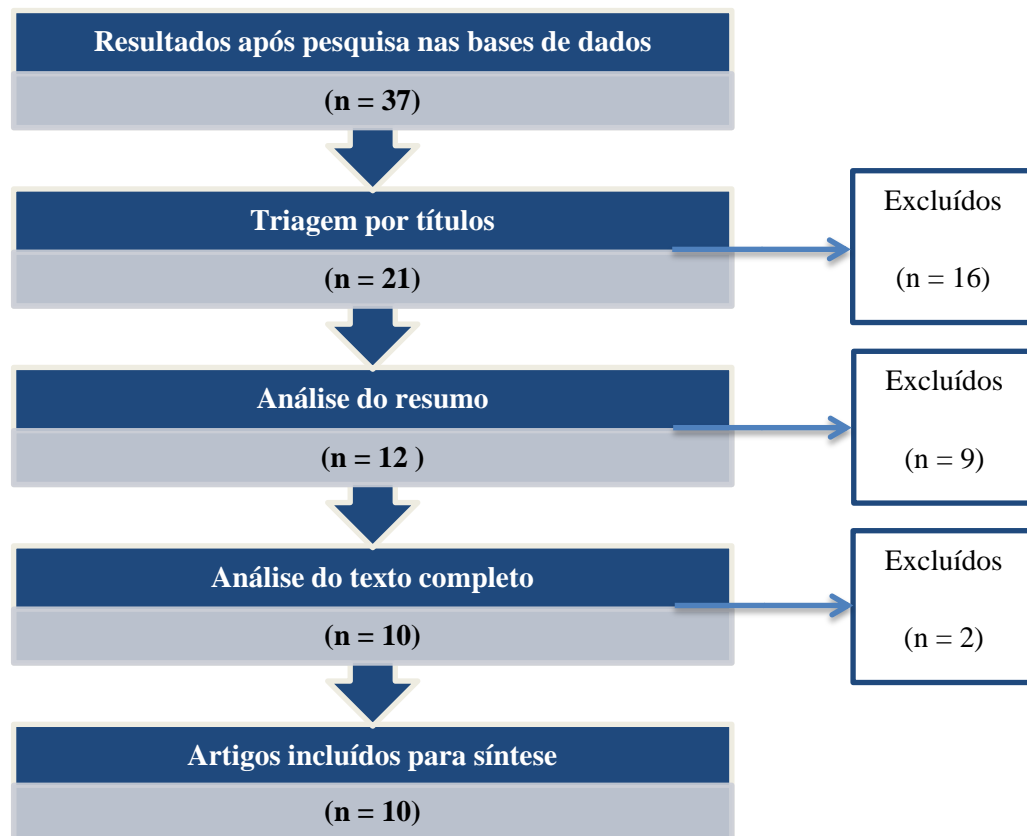
- PUBMED. O PUBMED contém mais de vinte e nove milhões de citações de literatura biomédica da MedLine, revista de ciências da vida e e-books. Desenvolvido pelo Centro Nacional de Informações sobre Biotecnologia, na biblioteca nacional de medicina dos Estados Unidos da América, o PUBMED é um recurso gratuito e de fácil acesso a quem disponha de internet (National Center for Biotechnology Information [NCBI], 2019).
- B-ON. A biblioteca do conhecimento *online* entrou em funcionamento em 2004 e desde então que é uma referência no acesso à informação científica, pois permite o acesso aos textos de periódicos científicos e e-books online por parte das instituições de investigação científica, do ensino superior, hospitalares, administração pública e privadas sem fins lucrativos (Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2017).
- SCOPUS. É uma das maiores bases de dados que contém resumos e citações de publicações em revistas científicas, livros e conferências de todas as áreas do conhecimento científico e tecnológico, incluindo na área da saúde. A utilização de ferramentas de trabalho nesta base de dados permite-nos triar, analisar e observar a pesquisa (Elsevier, 2019).

Tendo em conta a combinação anteriormente referida, restringimos a pesquisa aos artigos científicos publicados em língua portuguesa, espanhola ou inglesa e com a data de publicação

inferior a 5 anos, sendo que a mesma foi realizada no mês de janeiro de 2019. No total foram encontrados 37 artigos científicos, dos quais 5 na B-ON, 3 na PUBMED e 29 na SCOPUS, não existindo artigos repetidos.

Após estarem identificados os 37 artigos, realizamos o processo de avaliação dos mesmos com o objetivo de eliminar aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão previamente definidos. Começamos por analisar os títulos, os resumos e o texto completo, sendo que, em cada uma destas leituras, foram excluídos artigos que não correspondiam aos critérios de inclusão. A figura nº 3 representa o processo de seleção dos artigos

Figura nº 3 – Processo de seleção dos artigos



Fonte: do próprio

Assim sendo, através da metodologia utilizada para responder à pergunta científica – quais as intervenções de enfermagem no controlo da dor na pessoa com dor torácica – e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados no total 37 artigos científicos provenientes das bases de dados SCOPUS, B-ON e PUBMED. Desses 37 artigos científicos, 27 foram excluídos e 10 foram selecionados para síntese.

Apresentação dos resultados

De acordo com a questão de partida que estabelecemos anteriormente e através da metodologia de pesquisa, conseguimos selecionar 10 artigos dos quais nos foi possível extrair a informação que suporta, em termos científicos, as intervenções de enfermagem no controlo da dor na pessoa com dor torácica.

Para a apresentação dos resultados estabelecemos uma relação entre os termos encontrados nos artigos e os termos que se encontram na edição portuguesa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2015, elaborada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros e traduzida pela OE em 2016. No entanto, “obter formação” e “realizar ECG” (eletrocardiograma de 12 derivações) são termos que não se encontram na CIPE, mas que foram identificados pelos autores e os quais nos propomos a analisar no ponto seguinte. Deste modo, apresentamos a tabela nº 1 com os resultados da pesquisa efetuada:

Tabela nº 1 – Apresentação das intervenções de enfermagem identificadas nos artigos

Intervenções identificadas		Autores e Artigo
Encorajar o repouso (OE, 2016, p. 195)	<i>“chest pain symptoms associated with stable angina can be relieved with rest”</i> (p. 109)	Rad, Bidi, Khaligh & Rad (2018). <i>Causes of Late Referral to the Emergency Department in Patients with Myocardial Infarction in Iran.</i>
Educar (OE, 2016, p. 115)	<i>“to educate the society about symptoms”</i> (p. 105)	
Realizar ECG	<i>“recommendations ... troponin and ECG testing”</i> (p. 429)	Keijzers, Fatovich, Egerton-Warburton & Cullen (2018). <i>‘What the hell is water?’ How to use deliberate clinical inertia in common emergency department situations.</i>
Colher amostra de sangue venoso (OE, 2016, p. 193)		
Envolver no processo de tomada de decisão (OE, 2016, p. 202)	<i>“Support the patient and provider agreement of a plan of action regarding further medical care”</i>	

	(p. 429)	
Avaliar a dor (OE, 2016, p. 187)	<p><i>“the triage nurse must differentiate the type of pain ... characteristics must be identified by the nursing staff”</i> (p. 941)</p> <p><i>“nurses must be question as to the characteristics of the pain, radiation, associated symptoms and triggering factors”</i> (p. 947)</p>	<p>Nonnenmacher, Pires, Moraes & Lucena (2018). <i>Factors that influence care priority for chest pain patients using the manchester triage system.</i></p>
Realizar ECG	<i>“strategies that can facilitate ECG testing”</i> (p. 947)	
Encorajar o repouso (OE, 2016, p. 195)	<p><i>“surgical stabilization of rib fractures”</i> (p. 3).</p> <p><i>“intercostal blocks and paravertebral blocks”</i> (p. 4)</p>	<p>Curtis, Unsworth & Asha (2015). <i>Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery.</i></p>
Administrar medicação (OE, 2016, p. 181)	<i>“Methods of analgesia have been evaluated ... including non-steroid anti-inflammatory medications, epidural catheters, intravenous narcotics”</i> (p. 4)	
Referenciar para o serviço de auto-ajuda (OE, 2016, p. 215)	<i>“cognitive behavioural therapy have been shown to be efficacious in reducing pain and Psychological distress in patients with non-cardiac chest pain”</i> (p. 2)	<p>Webster, Thompson, Norman & Goodacre (2017). <i>The acceptability and feasibility of na anxiety reduction intervention for emergency</i></p>

Obter formação	<i>“some nurses ... suggesting that training would be a necessary part of implementation” (p. 7)</i>	<i>department patients with non-cardiac chest pain.</i>
Promover status psicológico positivo (OE, 2016, p. 213)	<i>“participants ... preference for psychological methods” (p. 1942)</i>	Webster, Thompson & Norman (2015). <i>‘Everything’s fine, so why does it happen?’ A qualitative investigation of patients’ perception of noncardiac chest pain.</i>
Administrar medicação (OE, 2016, p. 181)	<i>“methods of controlling pain advised/prescribed by health professionals” (p. 1941)</i>	
Monitorizar sinais vitais (OE, 2016, p. 210)	<i>“ED Nurse 1 and 2: documentation (triage note, continuous care, fills check-list); treatment of patient (monitoring, IV, labs, medication administration); transfer to catheterization lab nurse; ECG performance” (p. 174)</i>	Alyahya, Alghamass, Aldhahri, Alsebt, Alfulaij, Arafah, Faleh, Alshameri, Alhabib, Al-Aseri & Kashour (2018). <i>The impact of introduction of Code-STEMI program on the reduction of door-to-balloon time in acute ST-elevation myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous Coronary intervention: A single-center Study in Saudi Arabia.</i>
Administrar medicação (OE, 2016, p. 181)		
Colher amostra de sangue venoso (OE, 2016, p. 193)		
Realizar ECG		
Obter formação	<i>“training of triage nurses to expedite ECG if a patient presents with warning signs for ACS and to perform the ECG themselves if the Technician does not arrive</i>	Keats, Moran, Rothwell, Woodcock, Williams & Rawat (2017). <i>A quality improvement project to reduce door-to-</i>

	<i>promptly</i> ” (p. 182)	<i>electrocardiogram time: A multicenter study.</i>
Realizar ECG	<i>“triage nurse evaluates patient ... nurse prepares patient for ECG”</i> (p. 181)	
Administrar medicação (OE, 2016, p. 181)	<i>Admission diagnoses: Chest pain</i>	Wang, Hom, Balasubramanian, Schuler, Shah, Goldstein, Baiocchi & Chen (2018). <i>An evaluation of clinical order patterns machine-learned from clinician cohorts stratified by patient mortality outcomes.</i>
Colher amostra de sangue venoso (OE, 2016, p. 193)	<i>“Low mortality clinician model predictions: Troponin Test ... Clopidogrel (Oral) ... Nitroglycerin (Sublingual) ... Creatine Kinase MB (Mass) ... Diet (Low sodium, Low cholesterol, Low saturated fat)</i>	
Ensinar sobre a dieta (hipossalina e hipocalórica) (OE, 2016, p. 198)	<i>” (p. 114)</i>	
Administrar medicação (OE, 2016, p. 181)	<i>“most of persons experienced severe chest pain and discomfort while having a heart attack ... severe symptoms disappear after taking medication”</i> (p. 178)	Nur (2018). <i>Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia.</i>
Educar (OE, 2016, p. 115)	<i>“nurses should be concerned and should arrange the appropriate interventions ... such as an educational program for enhancing illness perception and better performance of cardiovascular health behaviour”</i> (p. 179)	

Fonte: do próprio

Discussão dos resultados

Na presente revisão integrativa da literatura estão incluídos 10 artigos científicos que nos permitem elucidar sobre as intervenções de enfermagem no controlo da dor na pessoa com dor torácica. Em síntese, podemos afirmar que encontramos cerca de 11 intervenções de enfermagem que são essenciais no controlo da dor na pessoa com dor torácica. Também alguns autores realçaram a importância da formação, em abordagem à dor torácica, dos enfermeiros que exercem a profissão em serviço de urgência.

Os autores Keats et al. (2017, p. 182) e Webster et al. (2017, p. 7) identificam a necessidade de treino e formação dos enfermeiros do serviço de urgência, sobretudo na área da triagem, para abordar os casos que necessitem rapidamente de ECG, e, na referenciação de casos para outros profissionais de saúde. Por um lado, no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, constatamos que é competência do enfermeiro possuir uma “atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2015b, p. 10089). Por outro lado, o enfermeiro especialista “assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (...) válidos, atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação” (OE, 2011b, p. 8653).

Nesta revisão integrativa da literatura verificamos que a realização do ECG é mencionada por vários autores, sendo indispensável na abordagem à pessoa com dor torácica. Não aliviando propriamente a dor, o ECG, segundo o autor Junqueira (2015, p. 1) e as conclusões do parecer nº 12 de 11 de junho de 2012 do Conselho de Enfermagem (CE) sobre a realização de ECG pelos enfermeiros (CE, 2012, p.2), é um meio complementar de diagnóstico não invasivo, barato, de simples realização, versátil, de extrema importância para o registro do comportamento eléctrico do coração, deveras utilizado nas doenças cardíacas, em que os enfermeiros, ao realizar um ECG, podem identificar situações de risco.

Outro dos meios complementares de diagnóstico identificado é a determinação do valor dos marcadores cardíacos, sendo que tal só é possível com a realização de análises ao sangue. Como tal, os autores Wang et al. (2018), Keijzers et al. (2018) e Alyahya et al. (2018) atribuem

aos enfermeiros a colheita de sangue para análises aquando do momento da abordagem à pessoa com dor torácica. Ao consultarmos a CIPE, verificamos que “colher amostra de sangue venoso” (OE, 2016, p. 193) é uma intervenção de enfermagem.

Com vista ao controlo da dor na pessoa com dor torácica, torna-se fundamental realizar uma correta avaliação da mesma, bem como a monitorização dos sinais vitais (Alyahya et al., 2018, p. 174). O autor Nonnenmacher et al. (2018, p. 947) sugere-nos que os enfermeiros devem avaliar todas as características da dor, nomeadamente o tipo de dor, a irradiação, os fatores de agravamento e outros sintomas associados. A DGS considera a dor como o 5º sinal vital e, através de uma circular normativa sobre o registo sistemático da dor, inclui a avaliação da intensidade da dor, realizada através de escalas (visual analógica; numérica; qualitativa; de faces), nos registos de sinais vitais dos serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2003, p. 1).

Uma das estratégias fundamentais no controlo da dor na pessoa com dor torácica é a administração de medicação. Para Curtis, Unsworth & Asha (2015, p. 4) a analgesia é essencial quando a dor torácica é provocada por um traumatismo. Alyahya et al. (2018, p. 174), Wang et al. (2018, p. 114) e Nur (2018, p. 178) referem que para o alívio da dor torácica, quando a mesma é de origem cardíaca, torna-se fundamental recorrer a fármacos. A administração dessa medicação é uma intervenção de enfermagem (OE, 2016, p. 181), na qual o enfermeiro especialista em EMC-PSC, para além de garantir a “segurança da administração de substâncias terapêuticas” (OE, 2015b, p. 10089), “gere a administração de protocolos terapêuticos complexos” (OE, 2011a, p. 8656).

Os autores Curtis, Unsworth & Asha (2015, p. 3) e Rad et al. (2018, p. 109) identificam o repouso como uma estratégia no controlo da dor na pessoa com dor torácica. Os primeiros, num artigo sobre o trauma torácico, referem que a mobilização da pessoa traumatizada compromete a ventilação, enquanto os segundos, referem que a dor torácica pode aliviar com o repouso, quando associada a uma patologia cardíaca. Como tal, de acordo com a CIPE (OE, 2016, p. 195), concluímos que o enfermeiro deve encorajar o repouso da pessoa com dor torácica.

As intervenções relacionadas com o bem-estar psicológico surgem nesta pesquisa, sendo que a dor torácica, quando não é de etiologia cardíaca, pode estar associada, entre outros, a

distúrbios psicológicos (Domingues & Moraes-Filho, 2009, p. 233). Os autores Webster, Thompson & Norman (2015, p. 1942) num estudo realizado sobre a percepção dos doentes sobre a dor torácica de origem não cardíaca, concluíram que os doentes preferem “métodos psicológicos” para o alívio da dor, ou seja, o enfermeiro pode promover o status psicológico positivo e/ou referenciar esses doentes para o serviço de auto-ajuda, isto é, reencaminhar para outros prestadores de cuidados de saúde (OE, 2011b, p. 8652), tal como referem Webster et al. (2017, p. 2) noutro estudo sobre a redução da ansiedade nas pessoas com dor torácica de origem não cardíaca no serviço de urgência.

Outras das intervenções de enfermagem que contribuem para o controlo da dor na pessoa com dor torácica dizem respeito ao papel do enfermeiro na educação das mesmas, no sentido da promoção de um estilo de vida saudável e prevenção de complicações. “O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projecto de saúde” (OE, 2015b, p. 10088).

Num estudo realizado sobre as causas de atraso na referência ao serviço de urgência de casos de EAM, os autores Rad et al. (2018, p. 105) apontam como estratégia a educação da população sobre os sintomas do EAM, enquanto Nur (2018, p. 179) refere que os enfermeiros devem criar programas educacionais para as pessoas com doenças cardiovasculares melhorarem a percepção sobre a doença e sintomas associados. Para Wang et al. (2018, p. 114) é importante o regime alimentar da pessoa com dor torácica, devendo o mesmo ser pobre em sal e calorias, ou seja, o enfermeiro pode ensinar a pessoa com dor torácica sobre a dieta (OE, 2016, p. 198).

Por fim, para os autores Keijzers et al. (2018, p. 429), no envolvimento no processo de tomada de decisão (OE, 2016, p. 202) deve existir um apoio e um acordo em relação aos cuidados a serem prestados, sendo que tais premissas vão ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, isto é, o enfermeiro especialista melhora a informação para o processo de cuidar e reconhece quando negociar ou referenciar para outro profissional da prestação de cuidados (OE, 2011b, p. 8652).

Considerações finais

A realização da revisão integrativa da literatura, onde definimos como pergunta de partida – quais as intervenções de enfermagem no controlo da dor na pessoa com dor torácica – permitiu-nos reforçar conhecimentos em relação a etiologias subjacentes à dor torácica e ao papel do enfermeiro na abordagem à pessoa com dor torácica, nomeadamente as intervenções de enfermagem indicadas para a pessoa com dor torácica.

Decorrente da análise aos 10 artigos selecionados, identificamos situações que motivam o aparecimento da dor torácica, como por exemplo o traumatismo torácico (associado a alto risco de morbilidade e mortalidade [Curtis, Unsworth & Asha, 2015, p. 1]), o EAM e a ansiedade associada a patologias não cardíacas.

Para os autores McGillion & Watt-Watson (2007, p. 343), o alívio da dor é uma preocupação, não só para quem a vivencia, mas também para os familiares e profissionais de saúde que intervêm no alívio e controlo da dor, sendo por isso, um objetivo primordial da enfermagem. Deste modo, através desta revisão da literatura, percebemos que o enfermeiro pode ter um papel ativo, abrangente e determinante no controlo da dor durante a abordagem à pessoa com dor torácica, desde que a pessoa recorre às unidades de saúde, até ao momento da alta.

Em suma, encontrámos um conjunto de intervenções de enfermagem, sejam autónomas ou interdependentes, que contribuem para a nossa prática clínica, suportada na investigação e aquisição de novos conhecimentos (OE, 2011b, p. 8648), conforme reforçam os autores Keats et al. (2017, p. 182) e Webster et al. (2017, p. 7) nos artigos analisados anteriormente.

2.1.3 – Qualidade em saúde

O conceito de qualidade em saúde é construído a partir de uma perspetiva individual, com base em valores próprios de cada um. Porém, é a partir da década de 90 que se começa a aprofundar o conceito de qualidade em saúde. Inicialmente a qualidade em saúde era vista como fazer as coisas certas, à primeira tentativa, na pessoa certa, no tempo certo, no sítio certo e com o menor custo. Atualmente, a qualidade em saúde é vista como a prestação de cuidados,

acessíveis e equitativos, que promovam a saúde e previnam a doença, com um nível profissional elevado, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação das pessoas que deles beneficiam (Campos, Saturno & Carneiro, 2010, p. 12). No despacho nº 5613 de 27 de maio de 2015 do MS, a qualidade em saúde é

“definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico -financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde. Assim, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia de sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde Português” (MS, 2015a, p. 13551).

Para estar presente, a qualidade em saúde assenta nas seguintes premissas: efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados na pessoa, continuidade e respeito (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

No que diz respeito à qualidade em saúde em Portugal, a estratégia do MS passa por: dar visibilidade às intervenções locais, nos serviços, unidades prestadoras e instituições; melhorar a qualidade clínica e organizacional; aumentar a adesão a normas de orientação clínica; reforçar a segurança dos doentes; reforçar a investigação clínica; monitorizar a qualidade e segurança; reconhecer a qualidade das unidades de saúde; divulgar dados de desempenho; capacitar o cidadão (MS, 2015a, p. 13552).

Finalizando, torna-se essencial parametrizar a qualidade em saúde, através de indicadores, para existir uma gestão do risco e promoção da segurança da pessoa com dor torácica no serviço de urgência (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

2.1.4 – Segurança do doente

Segundo os autores Campos, Saturno & Carneiro (2010, p. 22) a segurança do doente é a “ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde”, constituindo assim, uma premissa essencial para a qualidade em saúde, na visão dos mesmos.

Com vista a evitar a ocorrência de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), foi criado o plano nacional para a segurança do doente (PNSD) 2015-2020, que

“visa, principalmente, apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde, uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades” (MS, 2015b, p. 3882-2).

O objetivo geral do PNSD 2015-2020 consiste na partilha de conhecimento e de informação para melhorar a prestação segura de cuidados de saúde, de forma integrada e num sistema de melhoria contínua da qualidade (MS, 2015b), através dos seguintes objetivos estratégicos: aumento da cultura de segurança do ambiente interno; aumento da segurança da comunicação; aumento da segurança cirúrgica; aumento da segurança na utilização da medicação; identificação inequívoca dos doentes; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão; notificação, análise e prevenção de incidentes; prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos (MS, 2015b).

Por fim, o Conselho Jurisdicional (CJ) da OE refere os enfermeiros têm o dever de garantir os cuidados seguros a que as pessoas têm direito, pois enquanto profissionais de excelência, os enfermeiros devem promover um ambiente seguro, identificar situações de risco e atuar, com base no conhecimento adquirido através da evidência científica e recomendações para a prática clínica (CJ, 2006, p. 9).

2.2 – Diagnóstico da situação

Tendo em conta a linha de investigação e ação, segurança e qualidade de vida, do presente curso de mestrado, desenvolvemos o PI considerando o seu contributo para a prestação de cuidados seguros à pessoa com dor torácica.

Este projeto surge após percebermos, empiricamente, a necessidade de sistematizar procedimentos para uma abordagem segura, onde seja possível anteciparmos situações de risco, aquando da prestação cuidados à pessoa com dor torácica no serviço de urgência, especificamente no SUB. Por um lado, a DGS, através da norma 002 de 2018 sobre os sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata, refere que deve existir via verde coronária em contexto hospitalar e um algoritmo para a realização de ECG após a triagem das situações de dor torácica (DGS, 2018, p. 1), o que se aplica no caso do SUB. Por outro lado, constatámos a inexistência de qualquer norma, algoritmo, fluxograma ou protocolo sobre a abordagem à pessoa com dor torácica, tal como a necessidade de uniformizar e melhorar os cuidados de enfermagem a prestar à pessoa com dor torácica, baseando-nos em evidência científica atual e como tal, consideramos este projeto essencial para a melhoria da segurança e qualidade.

Inicialmente validámos a intervenção com a Prof.^a Orientadora e Enf.^a Supervisora, posteriormente realizámos uma reunião formal com a Enf.^a Chefe e Médica Coordenadora do serviço, onde demos a conhecer a temática em questão e as estratégias de intervenção delineadas. Ambas consideraram a abordagem à pessoa com dor torácica como uma temática pertinente e fundamental à prestação de cuidados seguros em contexto de urgência. Através de conversas com outros elementos do serviço (médicos e enfermeiros) obtivemos aprovação para a realização do PI no âmbito desta temática.

Para nos ser possível o diagnóstico da situação e posterior desenvolvimento do PI, solicitámos um parecer à comissão de ética da ULSLA (apêndice A), o qual se revelou favorável (anexo A).

Com o objetivo de conhecer a realidade do serviço de urgência alvo do PI, sobre as situações de pessoas que recorreram ao SUB por dor torácica, desenvolvemos um levantamento de dados para fundamentarmos o nosso projeto.

Numa fase inicial o estudo recaía sobre dados da triagem de Manchester, mas por constrangimentos, nomeadamente a não existência da triagem no serviço em causa à data do levantamento dos dados, não nos foi possível obter os mesmos. Como tal, necessitámos de outra forma de proceder á colheita de dados sobre a dor torácica, pelo que, nos baseámos no

registo manual elaborado por enfermeiros relativamente às transferências entre o SUB e outras unidades de saúde acompanhadas por equipa médica do SUB, onde fica registado o motivo da transferência, como por exemplo, o EAM diagnosticado no SUB, que de acordo com o despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014, pela sua proximidade à população, constitui o primeiro nível de acolhimento a situações urgentes, tendo como missão a estabilização inicial de situações de maior complexidade, estando para tal, dotado de recursos humanos, técnicos e exames complementares que permitem o diagnóstico do EAM (GSEAMS, 2014a, p. 20673).

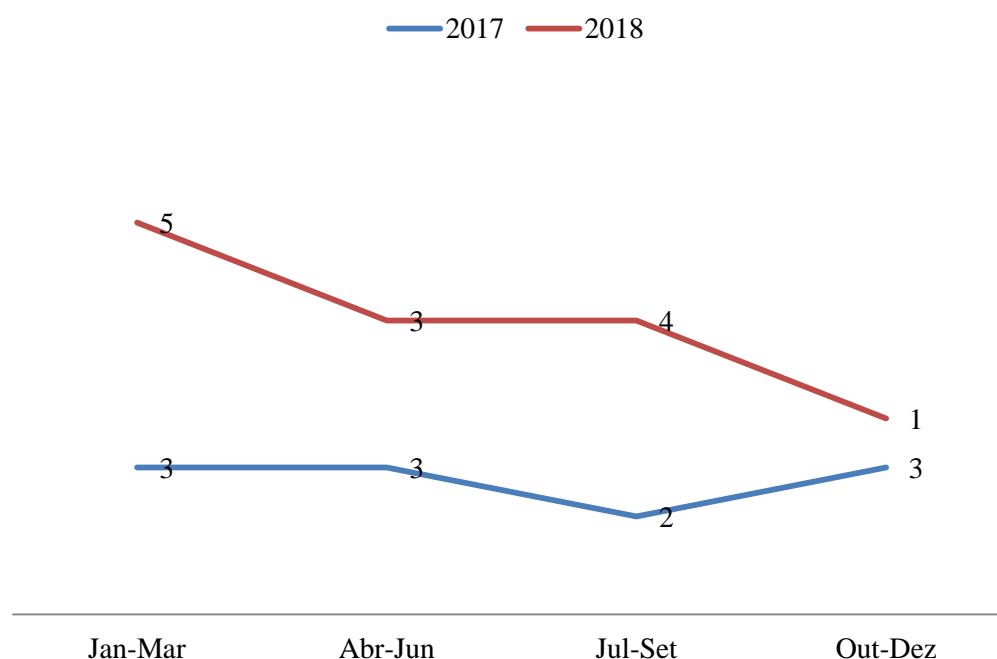
De acordo com a Sociedade Europeia de Cardiologia, o EAM é definido por uma isquémia do miocárdio associada a um aumento do valor da troponina, podendo existir no ECG supra ou infra desnivelamento do segmento ST, em que, a grande maioria das pessoas com EAM apresenta como principal sintoma a dor torácica (Ibanez, James, Agewall, Antunes, Bueno, Bucciarelli-Ducci, Caforio, Crea, Goudevenos, Halvorsen, Hindricks, Kastrati, Lenzen, Prescott, Roffi, Valgimigli, Varenhorst, Vranckx & Widimsky, 2018, p. 126).

No ano de 2005 faleceram em Portugal 8637 pessoas devido a EAM, representando 8,0% das causas de morte nesse ano (Patrão, 2009, p. 5). Comparativamente com outros dados obtidos, verificamos uma redução do número de mortes devido a essa causa, uma vez que em 2016 faleceram em Portugal 4385 pessoas devido a EAM, representado 4,0% das causas de morte nesse ano, sendo que, a relação de masculinidade ao óbito por EAM foi de 136,0 mortes de homens por 100 mulheres (INE, 2018d, p. 77).

Começámos por determinar a população-alvo que englobou as pessoas diagnosticadas com EAM no SUB e transferidas para outro hospital, isto porque, o facto de o SUB não ter sistema de triagem em funcionamento antes de 23 de maio do corrente ano, faz com que não exista possibilidade de conhecer o motivo pelo qual as pessoas recorrem ao serviço de urgência. Porém, sabemos que entre as principais causas da dor torácica encontra-se o EAM (Rosário, Ferreira & Cortez, 2013, p. 2) e atendendo aos recursos do SUB previstos no despacho 10319 de 11 de agosto de 2014, “(...) electrocardiograma de 12 derivações (...) patologia química/química seca” (GSEAMS, 2014, p. 20673), o EAM pode ser diagnosticado no SUB e conseguimos obter dados fidedignos. Assim, a população-alvo consiste num total de 40 pessoas diagnosticadas com EAM no SUB e transferidas para outro hospital, no período compreendido entre janeiro de 2017 e novembro de 2018. Após a devida autorização da

comissão de ética, excluímos do estudo 16 pessoas, pois não foi possível aceder ao processo clínico por motivo de falecimento. Resumindo-se a nossa colheita de dados a 24 pessoas diagnosticadas com EAM no SUB e transferidas para outro hospital, entre janeiro de 2017 e novembro de 2018, conforme nos mostra o gráfico nº 7.

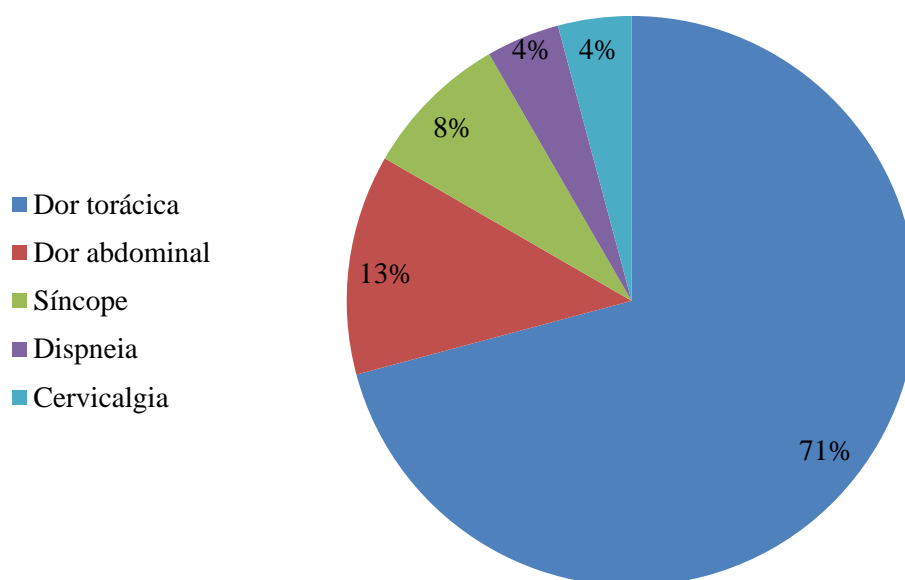
Gráfico nº 7 - Distribuição dos casos de EAM entre janeiro de 2017 e novembro de 2018



Fonte: do próprio

Dessas 24 pessoas diagnosticadas com EAM no SUB e transferidas para outro hospital, pretendíamos saber qual a queixa principal que apresentavam na chegada ao SUB, pelo que, através do que está descrito nos diários clínicos aquando do episódio de urgência associado ao diagnóstico do EAM, foi possível constatar-mos, conforme nos mostra o gráfico nº 8, que 71% desses casos apresentavam como queixa principal a dor torácica (retrosternal e/ou precordial), 13% referiu dor abdominal (desconforto abdominal, epigastria), 8% deu entrada no SUB por síncope, um caso tinha como queixa dor na região cervical e outro caso deu entrada no SUB com dispneia.

Gráfico nº 8 – Queixa principal das pessoas com EAM



Fonte: do próprio

Com base nestes dados, podemos afirmar que a dor torácica é um motivo de ida ao serviço urgência e que, no caso do EAM, com vista à redução do risco de morte, Santos (2016, p. 60) refere que os serviços de urgência, incluindo os profissionais de saúde, devem de estar preparados para uma abordagem sistematizada a este tipo de situações.

Noutro ponto de vista, Patrão (2009, p. 22) recomenda a existência de protocolos que otimizem a abordagem a pessoas com sintomatologia sugestiva de EAM. Na sua dissertação de mestrado sobre o protocolo de atuação na dor torácica e os tempos de demora intra-hospitalar nos casos de dor torácica e de EAM, o autor refere que

“tanto o presente estudo como o protocolo que se propõe fazem parte de um conjunto de ferramentas de trabalho indispensáveis num serviço de urgência e deverão ser considerados como o primeiro de vários momentos de avaliação que se pretendem cada vez mais frequentes e exaustivos” (Patrão, 2009, p. 22).

Ao passo que a DGS (2017b, p. 15), no âmbito do programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares, aponta-nos como metas a atingir até 2020 a redução da mortalidade intra-hospitalar por EAM e o aumento da reperfusão primária. Como já vimos anteriormente, através da norma da DGS sobre os sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata, existem orientações para a realização de ECG nos casos de dor torácica, tendo como objetivo a deteção precoce de possíveis situações de EAM, e, a existência da via verde coronária em contexto hospitalar para a resolução das mesmas (DGS, 2018, p. 1).

Deste modo, o enfermeiro especialista em EMC-PSC tem um papel fundamental na abordagem à pessoa com dor torácica, desde o momento da triagem até à transferência para outra unidade hospitalar e/ou alta, pois compete-lhe a prestação de cuidados à pessoa em situação emergente, a antecipação da instabilidade hemodinâmica, a gestão de protocolos terapêuticos complexos e a comunicação com a pessoa/família em situação crítica (OE, 2011a, p. 8656).

Assim, de acordo com o exposto, torna-se imperativo atuarmos relativamente à abordagem realizada atualmente face aos casos de dor torácica, com vista à criação de uma norma de procedimento que uniformize os cuidados a serem prestados à pessoa com dor torácica, reduzindo assim o risco de morte que pode estar subjacente em patologias que têm como sintoma principal a dor torácica.

2.3 – Objetivos

No âmbito das suas competências comuns, o enfermeiro especialista em EMC-PSC deve possuir uma conduta antecipatória e de prevenção perante as práticas de risco e como tal, deve utilizar as medidas apropriadas para uma abordagem à pessoa com dor torácica (OE, 2011b, p. 8650). Atendendo às competências específicas, o enfermeiro especialista em EMC-PSC deve identificar os focos de instabilidade e responder prontamente, algo que consideramos possível com a elaboração de um PI direcionado para a prestação e cuidados à pessoa com dor torácica.

Como tal, definimos como objetivos do PI:

- Divulgar à equipa de enfermagem as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência;
- Elaborar uma norma de procedimento para a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência;
- Implementar a norma de procedimento para a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência.

2.4 – Metodologia

Para a realização do PI sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica, definimos as estratégias a desenvolver, os recursos necessários e os indicadores de avaliação para alcançar os objetivos abaixo mencionados:

- **Divulgar à equipa de enfermagem as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência;**

Para este objetivo a estratégia planeada foi:

- Realização de uma revisão integrativa da literatura sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica;
- Calendarização de sessão de formação em serviço sobre os “cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica”;
- Marcação da sala de formação para realização da sessão de formação;
- Divulgação da sessão de formação através de correio eletrónico institucional;
- Elaboração do plano de sessão (apêndice B) de formação em serviço;

- Elaboração da apresentação *PowerPoint* (apêndice C);
- Validação com a Prof.^a Orientadora, Enf.^a Supervisora e Enf.^a Chefe do plano de sessão e apresentação elaborados;
- Realização da sessão de formação em serviço;
- Avaliação da sessão de formação em serviço e do formador;

Recursos humanos: Prof.^a Orientadora, Enf.^a Supervisora, Enf.^a Chefe, Enf.^a responsável pela formação em serviço;

Recursos materiais: Bases de dados científicas eletrónicas disponíveis com a utilização da internet; material informático;

Indicadores de avaliação:

- Participação, no mínimo, de 75% da equipa de enfermagem do SUB;
 - Preenchimento do questionário de avaliação da sessão de formação e do formador (apêndice D), por, no mínimo, 75% da equipa de enfermagem do SUB.
- **Elaborar uma norma de procedimento para a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência;**

Para este objetivo a estratégia planeada foi:

- Pesquisa nas bases de dados eletrónicas, *sites* de referência como a DGS, INEM, entre outros, e documentos de referência sobre a prestação de cuidados à pessoa com dor torácica no serviço de urgência;
- Elaboração da proposta inicial da norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB;

- Análise e discussão da proposta de norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB pela Prof.^a Orientadora, Enf.^a Supervisora e Enf.^a Chefe;
- Elaboração da versão final da proposta de norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB (apêndice E);

Recursos humanos: Prof.^a Orientadora; Enf.^a Supervisora e Enf.^a Chefe;

Recursos materiais: Bases de dados científicas eletrónicas disponíveis com a utilização da *internet*; material informático; manuais e livros de referência.

Indicadores de avaliação:

- Apresentação da versão final da proposta da norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB.
- Implementar a norma de procedimento para a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência;
 - **Implementar a norma de procedimento para a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência;**

Para este objetivo a estratégia planeada foi:

- Submissão da proposta de norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB à comissão de qualidade e segurança do doente (CQSD) da ULSLA;
- Apresentação da proposta de norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB à equipa de enfermagem na sessão de formação em serviço agendada;

Recursos humanos: Conselho de Administração da ULSLA; CQSD da ULSLA; Prof.^a Orientadora; Enf.^a Supervisora; Enf.^a Chefe; Enf.^a responsável pela formação em serviço; Equipa de Enfermagem do SUB;

Recursos materiais: Material informático; utilização da *internet*; sala de formação.

Indicadores de avaliação:

- Aprovação da proposta de norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB pela CQSD da ULSLA;
- Participação, no mínimo, de 75% da equipa de enfermagem do SUB na sessão de formação em serviço onde a proposta de norma de procedimento é apresentada;
- Homologação e divulgação da norma de procedimento pelo Conselho de Administração da ULSLA na intranet da instituição.

2.5 – Resultados

No seguimento do PI estabelecemos objetivos a atingir e, neste ponto, analisamos os resultados obtidos através das estratégias delineadas anteriormente para a consecução dos mesmos.

Propusemo-nos com este projeto divulgar à equipa de enfermagem as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência, bem como, elaborar e implementar uma norma de procedimento para a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência.

Numa primeira fase, que passou pela divulgação à equipa de enfermagem das intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência, construímos um plano de sessão de formação em serviço e uma apresentação *PowerPoint* com base nos resultados obtidos através de uma revisão integrativa da literatura sobre a temática em questão e restante trabalho de pesquisa bibliográfica em manuais e livros de referência. Após a validação da apresentação e do plano de sessão com a Prof.^a Orientadora, Enf.^a Supervisora e Enf.^a Chefe, foi agendada a sessão e conseguimos apresentar as intervenções à pessoa com dor torácica no serviço de urgência, bem como os procedimentos a constar na norma de

procedimento. A sessão de formação em serviço foi ponto inicial da ordem de trabalhos de uma reunião de equipa de enfermagem agendada em horário, pelo que, conseguimos reunir o maior número de enfermeiros do SUB, ou seja, 9 de 11 enfermeiros, dos quais se excluem o elemento que não assistiu à sessão por se encontrar a assegurar a prestação de cuidados no SUB e outro que foi o formador e dinamizador da sessão de formação em serviço sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica no SUB.

Conforme consta no regulamento do exercício profissional de enfermagem (REPE) e no código deontológico, a formação, entre outras áreas, é um fator determinante na melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, sendo que os enfermeiros têm o dever de manter os conhecimentos atualizados através da formação permanente (MS, 1996, p. 2961 & AR, 2009, p. 6548).

Deste modo, com a aplicação do questionário de avaliação da sessão de formação, preenchido pelos formandos, podemos verificar, de um modo geral, que a sessão de formação sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica no SUB foi avaliada positivamente, ou seja, numa escala de 1 a 4 (em que 1 é o valor mínimo e 4 o valor máximo) 89% dos enfermeiros deu um valor 4 e 11% um valor 3 à sessão de formação, encontrando-se explícitos na tabela nº 2 os restantes parâmetros avaliados pelos formandos.

Tabela nº 2 – Avaliação da sessão de formação e do formador

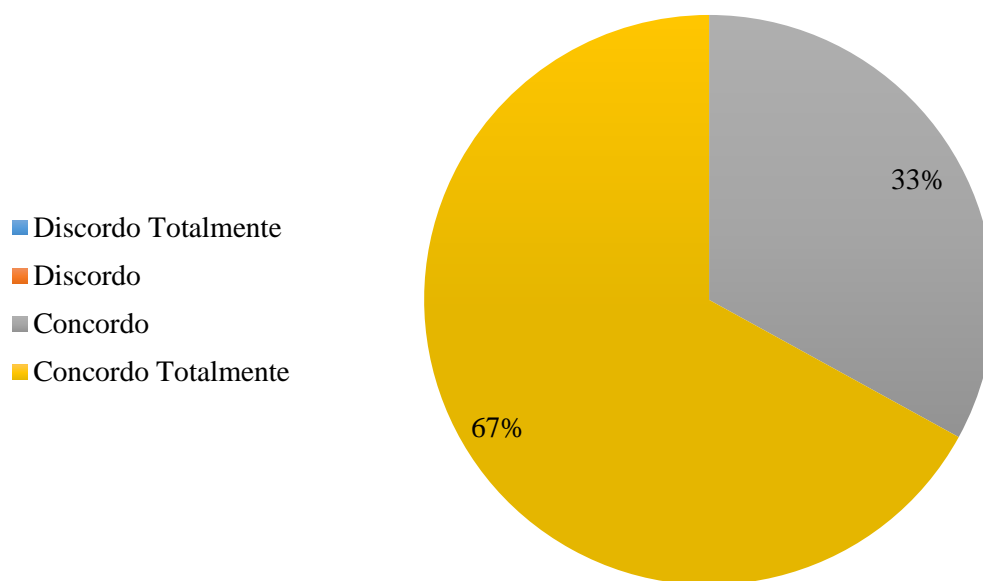
Formação	1	2	3	4
Importância da temática abordada	-	-	11%	89%
Qualidade do conteúdo apresentado	-	-	11%	89%
Aquisição de novos conhecimentos	-	23%	33%	44%
Duração da sessão de formação	-	-	-	100%
Avaliação global da formação	-	-	11%	89%
Formador	1	2	3	4
Domínio da temática abordada	-	-	-	100%

Segurança e exactidão na exposição	-	-	-	100%
Documentação de suporte	-	-	11%	89%
Avaliação global do formador	-	-	-	100%

Fonte: do próprio

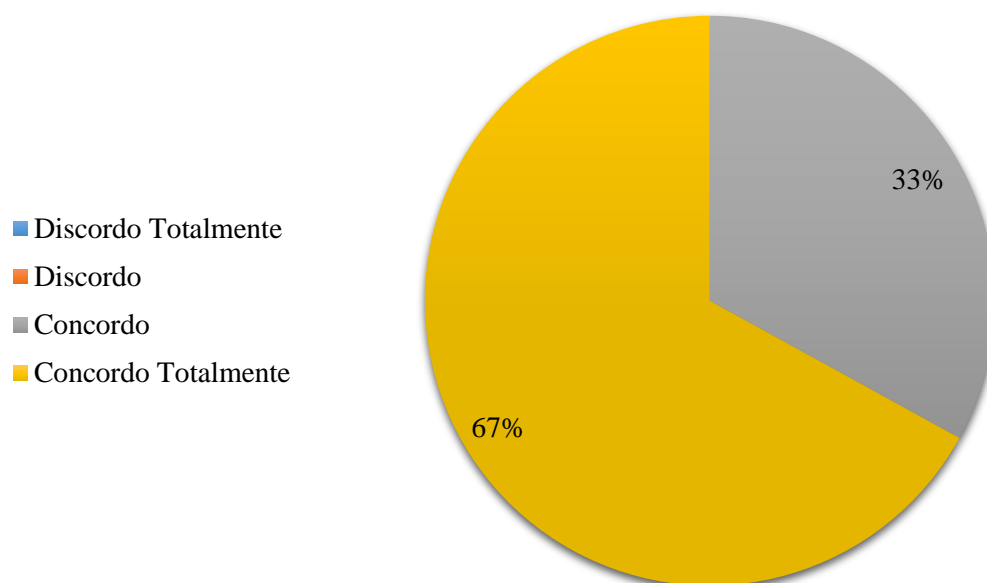
Com a aplicação deste questionário conseguimos também aferir a opinião da equipa de enfermagem em relação à contribuição da sessão de formação sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica, na melhoria dos conhecimentos para a abordagem deste tipo de situações (gráfico nº 9) e na melhoria da qualidade e segurança na prestação de cuidados à pessoa com dor torácica no SUB (gráfico nº 10).

Gráfico nº 9 – A realização desta formação contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência



Fonte: do próprio

Gráfico nº 10 – A realização desta formação contribuiu para melhorar a qualidade e a segurança da prestação de cuidados à pessoa com dor torácica no serviço de urgência



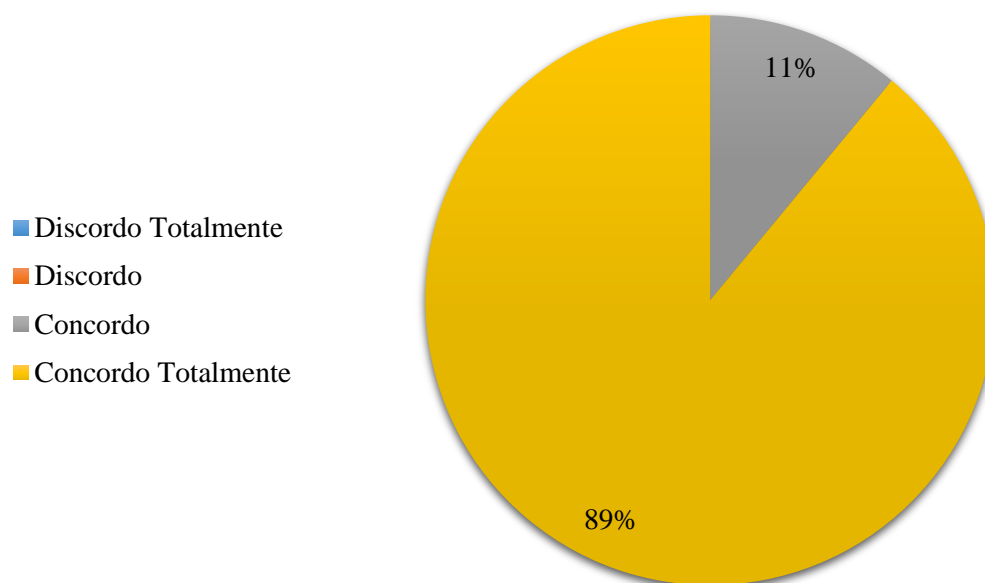
Fonte: do próprio

Após uma breve análise dos gráficos nº 9 e 10, podemos afirmar que os resultados obtidos são positivos, pois os enfermeiros consideraram que a formação sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica contribuiu para melhorar os seus conhecimentos, bem como a qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa com dor torácica no serviço de urgência.

Numa segunda fase, a elaboração e implementação de uma norma de procedimento que determine a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB prende-se com a necessidade da uniformização dos cuidados de saúde a prestar a essa determinada população, pois uma norma consiste num documento que define regras e guias, sendo construída com base em resultados científicos, técnicos ou experimentais e aprovada por um organismo reconhecido (Instituto Português da Qualidade [IPQ], 2017, p. 6). Salientamos também a opinião da equipa de enfermagem do SUB relativamente à utilidade de uma norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB para a melhoria da prestação de cuidados, tal

como nos mostra o gráfico nº 11, em que, 100% dos enfermeiros que responderam a um questionário concordam com a mesma.

Gráfico nº 11 – A proposta de norma de procedimento apresentada sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB é pertinente e útil para melhorar a prestação de cuidados a estas pessoas



Fonte: do próprio

Para a elaboração da norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica, realizámos um trabalho de pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, livros e manuais de referência, de forma a sustentar a mesma na evidência científica mais atualizada, potenciando prioridades estratégicas, no âmbito da estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020, nomeadamente, o aumento da adesão a normas de orientação clínica, o reforço da segurança dos doentes e reforço da investigação, e, contribuindo para a organização dos cuidados especializados através da revisão de guias de boas práticas no domínio da pessoa em situação crítica (GSEAMS, 2015, p. 13552 & OE, 2015a, p. 17243).

Por último, a proposta de norma elaborada, após validação com a Prof.^a Orientadora, a Enf.^a Supervisora e a Enf.^a Chefe, foi submetida por correio eletrónico institucional (apêndice F) à CQSD da ULSLA e aguardamos ainda a sua implementação, sendo expectável que a

mesma seja homologada pelo Conselho de Administração da ULSLA e difundida na intranet institucional.

2.6 – Considerações finais

A realização do PI sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica permitiu-nos construir e transmitir à equipa de enfermagem elementos para uma abordagem segura e de qualidade, baseada na evidência científica recente, à pessoa com dor torácica no serviço de urgência.

Sabemos, pela experiência profissional, que as situações de dor torácica são, de algum modo, frequentes nos serviços de urgência. A não existência de qualquer norma ou protocolo no SUB onde desenvolvemos o PI conduziu-nos, após as devidas reuniões com a Prof.^a Orientadora, Enf.^a Supervisora, Enf.^a Chefe e comissão de ética da ULSLA, à realização de um levantamento de dados que nos permitiu diagnosticar a situação atual. Desenvolvemos posteriormente pesquisa sobre a dor torácica em entidades e manuais de referência, bem como uma revisão integrativa da literatura que nos permitiu sintetizar as intervenções de enfermagem essenciais quando se prestam cuidados à pessoa com dor torácica. Formámos também a equipa de enfermagem do SUB e submetemos para implementação uma proposta de norma de procedimento sobre a abordagem que entendemos ser a mais segura e de qualidade, com base na mais recente evidência científica, à pessoa com dor torácica no SUB.

Apresentámos como objetivos deste projeto: divulgar à equipa de enfermagem as intervenções de enfermagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência, elaborar e implementar uma norma de procedimento para a abordagem a esse tipo de situações. Ao analisarmos a consecução dos mesmos, podemos afirmar que conseguimos formar 82% da equipa de enfermagem do SUB, tendo em conta o número de questionários respondidos aquando da sessão de formação em serviço, na prestação de cuidados à pessoa com dor torácica, submetemos a norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB à CQSD da ULSLA que aprovou a mesma e aguardamos a sua implementação por parte do Conselho de Administração da instituição.

Em suma, o PI traduz aqueles que devem ser os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica, com base nos estudos e recomendações, à luz daquilo que são consideradas as boas práticas da prestação de cuidados, em que o enfermeiro especialista em EMC-PSC, para além da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, deve gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, promover a gestão da dor e estabelecer a relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica (OE, 2011a).

3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Iniciámos em setembro de 2017 o 2º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização EMC-PSC, para permitir, enquanto enfermeiros de cuidados gerais, através das unidades curriculares teóricas e práticas, sobretudo com a realização de 2 estágios, o desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista em EMC-PSC.

A lei nº 156 de 16 de setembro de 2015, que diz respeito á segunda alteração aos estatutos da OE, prevê a atribuição do título de enfermeiro especialista ao enfermeiro que possui competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, reconhecidas pela OE (Assembleia da República [AR], 2015, p. 8061).

No decorrer do processo de enfermagem e de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, devemos identificar potenciais problemas da pessoa alvo de cuidados e evitá-los ou minimizá-los, e, de acordo com as nossas competências enquanto enfermeiros, prescrever, implementar e avaliar as intervenções (OE, 2002, p. 15).

Segundo os autores Fleury & Fleury (2001, p. 188), a competência consiste num saber agir responsável e reconhecido, que implica a mobilização, a integração, a transferência de conhecimentos, de recursos e de habilidades, que concentram um valor social a um indivíduo e um valor económico a uma organização.

Para Meleis (2010, p. 45) a competência, associada às componentes cultural e sensitiva, permite o domínio dos papéis, de forma qualificada e em consonância com o comportamento exigido na nova situação, para que ocorra uma transição saudável.

Enquanto enfermeiros de cuidados gerais, somos detentores de um conjunto de competências, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, da ética e deontologia, da prestação e gestão dos cuidados e do desenvolvimento profissional (OE, 2015b, p. 10087). No entanto, a transição para enfermeiros especialistas requer todo um conjunto de competências clínicas especializadas, comuns e específicas, que decorrem de um processo de

aprofundamento e desenvolvimento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2011b, p. 8648).

O MCTES, conforme consta no decreto-lei nº 74 de 24 de março de 2006, refere que a aquisição das competências determinadas para cada ciclo de estudos deve ocorrer através de um sistema de ensino baseado no desenvolvimento de competências pelos próprios alunos e não num sistema de ensino onde apenas exista a transmissão de conhecimentos (MCTES, 2006, p. 2242).

Deste modo, propomo-nos a uma análise detalhada e fundamentada dos processos que nos permitem o desenvolvimento das competências, comuns e específicas, de enfermeiro especialista em EMC-PSC e de mestre.

3.1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Mestre

Competências de Mestre (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27)	3 – Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011b, p. 8649)	A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
	A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

O enfermeiro especialista, enquanto profissional dotado de competência científica, técnica e humana, no momento da prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados, deve adotar uma conduta responsável e ética, atuando com base no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, conforme consta no decreto-lei

nº 161 de 4 de setembro de 1996 do MS sobre os princípios do exercício profissional (MS, 1996, p. 2961).

Em todos os momentos inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, seja enquanto estudantes ou profissionais, temos em consideração os documentos existentes na nossa legislação e que nos orientam a prática clínica, dos quais destacamos:

- Lei nº 1 de 3 de janeiro de 2001, que aprova para ratificação a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano, que decorreu em Oviedo a 4 de abril de 1997 (AR, 2001, p. 14);
- Lei nº 48 de 24 de agosto de 1990, que define aquilo que compõe as bases da saúde (AR, 1990, p. 1). De referir que a lei de bases da saúde foi submetida em dezembro último para apreciação e votação na assembleia da república (MS, 2018);
- Lei nº 156 de 16 de setembro de 2015, que procede à última alteração dos estatutos da OE (AR, 2015, p. 8059);
- Lei nº 111 de 16 de setembro de 2009, que procede à primeira alteração dos estatutos da OE e onde consultamos o código deontológico da profissão (AR, 2009, p. 6548);
- Decreto-lei nº 161 de 4 de setembro de 1996, que define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros (MS, 1996, p. 2960);
- Regulamento nº 190 de 23 de abril de 2015, que define o perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais (OE, 2015b, p. 10087);
- Regulamento nº 122 de 18 de fevereiro de 2011, que define o perfil de competências dos enfermeiros especialistas (OE, 2011b, p. 8648);
- Regulamento nº 124 de 18 de fevereiro de 2011, que define o perfil de competências do enfermeiro especialista em EMC-PSC (OE, 2011a, p. 8656).

Para além dos documentos anteriormente mencionados, que demonstram o conhecimento da legislação referente ao exercício da profissão (MS, 1996, p. 2962), é essencial mantermos atualizados neste âmbito, ou seja, não basta estar atento à comunicação social. É preciso consultarmos a informação em fontes fidedignas, como por exemplo a OE, o MS, a DGS, o Diário da República, entre outros.

No presente relatório, para o diagnóstico de situação relativamente ao PI, apresentamos uma série de dados, sendo que para os obter, foi necessário a elaboração de um pedido de parecer à comissão de ética da ULSLA, instituição onde decorreram as unidades curriculares de estágio (I e final) e onde se aplica o PI. O pedido de parecer foi favorável e todo o processo, isto é, elaboração do pedido, reunião com a encarregada de proteção de dados, significou uma aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Deste modo, consideramos que o exercício seguro, profissional e ético (OE, 2011b, p. 8649) ficou demonstrado, principalmente tendo em conta o exemplo mencionado no parágrafo anterior.

	2 – Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência
Competências de Mestre (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27)	<p>5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais</p> <p>6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular</p>
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011b, p. 8651)	<p>B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria</p>

continua da qualidade

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

O enfermeiro especialista, de um modo geral, deve colaborar na elaboração e aplicação, isto é, operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade (OE, 2011b, p. 8650).

No decorrer da UC estágio I, desenvolvemos uma sessão de formação sobre o erro terapêutico (apêndice G), sendo que a mesma foi apresentada por questões de agenda do serviço (UCI), já durante a UC estágio final.

Com a realização do trabalho sobre o erro terapêutico, ficamos a perceber que existem vários tipos de erro (relacionados com a medicação, prescrição, distribuição e administração) e causas que conduzem ao erro (fatores ambientais, educação profissional, dispositivos de administração de terapêutica, dispensação e acondicionamento, rotulagem dos medicamentos, comunicação, identificação do doente). Relativamente ao facto de apresentarmos o trabalho à equipa, foi deveras positivo, pois a sessão proporcionou um momento de reflexão, sensibilização, partilha e análise de situações que já tiveram lugar durante a prática clínica.

Contudo, para além do exemplo mencionado anteriormente, também o contexto profissional (SUB) nos proporcionou o desenvolvimento de competências, uma vez que, com a nomeação enquanto profissional responsável para garantir a operacionalidade do carro de emergência e mala de transferência do serviço, estamos a manter um ambiente terapêutico seguro, dinamizamos uma norma regulamentar “carro de emergência, mala de transferência e mala de emergência” (Pinto, Sobral, Barros, Teixeira, Sousa, Pereira, Fernandes & Gomes, 2017) implementada na ULSLA desde novembro de 2017 (apresentação da norma em apêndice H) e colaboramos na formação de pares, na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

Competências de Mestre (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27)	1 – Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011b, p. 8652)	<p>C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados</p>

O enfermeiro especialista, de acordo com as competências comuns, está capacitado para a educação dos clientes, dos pares, orientação, aconselhamento e liderança (OE, 2011b, p. 8649). Em resposta a um pedido de parecer sobre as competências do chefe de equipa de enfermagem de um serviço de urgência, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) evoca na fundamentação à resposta diversos documentos, entre os quais se destacam os regulamentos de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC e conclui que deverão ser esses profissionais a exercer as funções de chefe de equipa (MCEEMC, 2015, p. 2).

Ao longo da realização do estágio I e estágio final, tivemos oportunidade de vivenciar as experiências das funções do chefe de equipa de enfermagem na UCI e no SUMC. Em ambas as unidades, preferencialmente, são os enfermeiros especialistas em EMC-PSC a desempenhar as funções, no entanto existem momentos em que a chefia da equipa de enfermagem num determinado turno é atribuída a um enfermeiro de cuidados gerais com competências para as funções a exercer.

Em ambos os serviços por onde passámos, e à semelhança do que acontece na grande maioria das realidades, o enfermeiro especialista em EMC-PSC acumula as funções de chefe de equipa com a prestação de cuidados. Por exemplo, na UCI em questão, o enfermeiro chefe de equipa fica responsável por 2 doentes críticos ou, caso existam camas vagas, pode ficar com

apenas 1 doente crítico e 1 vaga. No SUMC em questão, o enfermeiro chefe de equipa fica responsável por um posto de trabalho que lhe permita ter uma visão global do serviço, ou seja, geralmente fica alocado a um posto de triagem adultos ou pediatria, à sala de emergência ou à sala de pequena cirurgia/ortopedia.

Relativamente às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro especialista em EMC-PSC enquanto chefe de equipa de enfermagem, em ambos os contextos, para além da distribuição da equipa de enfermagem e AO pelos postos de trabalho (ou doentes no caso da UCI) existentes, podemos assistir a outras atividades, das quais destacamos: a transmissão de informação relevante à equipa (ex: novo procedimento, orientações específicas em relação ao turno, equipamentos danificados), a resolução de situações complexas com base naquilo que são as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC (ex: prever a necessidade de ocupação de uma cama em serviço de observação por uma pessoa em situação crítica na sala de emergência e ordenar uma redistribuição dos doentes pelo espaços físicos existentes) e o esclarecimento de questões colocadas pelos pares, relativamente a situações que surgem ao longo do turno, isto é, o enfermeiro especialista em EMC-PSC, sobretudo nas funções de chefe de equipa, assume um papel de referência para os pares e outros profissionais.

Deste modo, consideramos que em ambos os contextos de estágio desenvolvemos competências na supervisão, gestão e liderança dos cuidados. Todavia, importa refletir que a complexidade dos contextos exige-nos um período de integração, quer em UCI, quer em SUMC, de forma a podermos dominar todas as rotinas, conhecer os espaços físicos e desenvolver o trabalho em equipa, para que possamos assumir, de acordo com as nossas competências, a chefia de uma equipa de enfermagem.

Competências de Mestre (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27)	4 – Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE,	D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos

2011b, p. 8653)

padrões de conhecimento

A excelência no exercício profissional obriga-nos a uma atualização contínua do conhecimento, utilização competente das tecnologias, formação constante e aprofundada nas ciências humanas (AR, 2009, p. 6548).

Tendo em consideração as competências comuns do enfermeiro especialista em EMC-PSC, durante o período de tempo em que decorreu a UC estágio final, assistimos a eventos formativos, utilizámos bases de dados para pesquisa bibliográfica e realizámos levantamento e análise de dados.

Durante o estágio final, elaborámos um artigo de investigação (apêndice I) sobre a abordagem da pessoa com EAM num SUB, que nos permitiu, através da análise retrospectiva, quantitativa e descritiva de processos clínicos de 24 pessoas diagnosticadas com EAM num SUB e transferidas para outro hospital, conhecer os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com EAM naquele determinado contexto. Para além de enriquecermos a prática especializada, desenvolvemos o auto-conhecimento.

No presente relatório apresentamos uma revisão integrativa da literatura, onde recorremos a uma metodologia de pesquisa em base de dados, através da qual podemos determinar as intervenções de enfermagem no controlo da dor da pessoa com dor torácica. Estes conhecimentos obtidos, para além de fundamentarem a importância do papel do enfermeiro especialista em EMC-PSC no controlo da dor torácica, fornecem-nos conhecimentos para melhorarmos a nossa prática baseada na evidência.

Neste sentido, para além da revisão integrativa da literatura, referimos também a participação em congressos e no encontro de enfermeiros de emergência extra-hospitalar, como momentos formativos e que contribuíram para o nosso auto-conhecimento e assertividade, pois aumentámos e enriquecemos o nosso espectro de conhecimentos e de exemplos de outras realidades da prática profissional.

Consideramos que a nossa presença nos congressos poderia ter sido ainda mais enriquecida, caso tivéssemos a oportunidade de apresentar e discutir um póster científico, no entanto, alguns condicionalismos, como por exemplo os prazos de entrega dos pósteres já terem terminado quando temos conhecimento acerca da realização do evento ou a não realização do póster científico por não termos certeza da disponibilidade de horário do local de trabalho para a participação no congresso. No entanto, retivemos nos vários congressos, alguns aspetos importantes para a nossa prática profissional, os quais apresentamos de seguida:

- No encontro nacional de enfermeiros na área da emergência extra-hospitalar (anexo B), que decorreu em Leiria a 2 de novembro de 2018, realçamos a discussão de questões deontológicas na emergência extra-hospitalar. Foi uma exposição interessante que suscitou o debate com a plateia, sobretudo no que diz respeito à decisão de não reanimação pelos enfermeiros em emergência extra-hospitalar, de onde retivemos que está a ser feito um trabalho pelo conselho jurisdicional da OE, no sentido de clarificar esta questão.
- No 4º congresso nacional de urgência (anexo C), que decorreu em Setúbal nos dias 17 e 18 de novembro de 2018, realçamos a apresentação dos problemas transversais aos serviços de urgência, nomeadamente os planos de contingência, os sistemas de triagem e os hiperfrequentadores. Estas exposições mostraram-nos dados relativos a SUMC e SUP da zona de Lisboa e de Setúbal sobre a fiabilidade do sistema de triagem de Manchester, que na opinião dos oradores se revela eficaz e fiável. Outro dos aspetos retidos, foi um projeto que envolve o hospital e centros de saúde de Almada, com o objetivo de reduzir os hiperfrequentadores do serviço de urgência.
- No congresso *status 5* sobre o estado da arte no trauma, emergência e reanimação (anexo D), que decorreu em Lisboa nos dias 30 de novembro e 1 de dezembro de 2018, de entre as excelentes apresentações, ficamos com algumas ideias relativas a projetos que podemos propor no nosso contexto profissional (SUB), como por exemplo a ventilação em pressão positiva, pois a mesma já é realizada pelo enfermeiro em meio SIV, no entanto o SUB não dispõe do equipamento necessário para ventilação não invasiva.
- No 3º congresso da secção regional do sul da OE (anexo E), que decorreu em Faro nos dias 5 e 6 de dezembro de 2018, destacamos a importância do enfermeiro no modelo de

emergência dos Açores, pois é o enfermeiro que realiza a triagem telefónica de Manchester, aconselha a população e acciona os meios de emergência, como tal, esta é uma questão fulcral e que nos deve despertar para a necessidade de enfermeiros especialistas em EMC-PSC, não só nos meios de emergência, mas também nas centrais de emergência onde decorre a gestão de cuidados à pessoa/família em situação crítica e em situação de emergência e catástrofe.

Por conseguinte, enquanto enfermeiros especialistas em EMC-PSC, demonstramos que a atualização e a procura de novos conhecimentos e saberes são fundamentais para podermos melhorar a nossa prática clínica e assim mantermos a excelência no exercício da profissão.

3.2 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e de Mestre

Competências de Mestre (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27)	1 – Demonstra competências clínicas na concepção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada
--	---

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a, p. 8656)	K1 – Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica
--	---

O desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC, no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, “cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE,

2011a, p. 8656), decorreu ao longo das UC estágio I e estágio final, ou seja, em UCI, SUMC, VMER e SIV.

Entendemos que a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica ocorre num ambiente de transição constante, derivado da falência ou eminência da falência das funções vitais. Enquanto enfermeiros especialistas em EMC-PSC, devemos disponibilizar todos os nossos conhecimentos, habilidades, estratégias, autocuidado e competências psicossociais para ajudar a pessoa e sua família a lidar com a experiência da transição (Meleis, 2010, p. 619).

Para além do estágio do 2º semestre do 1º ano deste curso de Mestrado, realizado na UCI, o estágio final no SUMC, proporcionou o desenvolvimento de competências, pois adquirimos experiência e conhecimentos sobre realidades com as quais não temos contacto no contexto profissional onde exercemos diariamente e no qual também prestamos cuidados à pessoa em situação crítica (SUB).

Embora tivéssemos realizado 4 turnos em ambiente extra-hospitalar, em VMER e SIV, a casuística foi de apenas 2 situações, ambas dificuldades respiratórias, numa idosa e numa recém-nascida. No nosso ponto de vista sobre a atuação do enfermeiro, quer em meio SIV, sujeita a protocolos de atuação e a telemedicina, quer em meio VMER, onde o médico integra o meio, possibilitou uma melhoria do bem-estar da pessoa alvo de cuidados.

Em contexto de sala de emergência, houve oportunidade de prestarmos cuidados à pessoa em situação crítica, nomeadamente à pessoa em PCR, à pessoa com politraumatismo, intoxicação, patologia do foro cardiovascular, respiratório e neurológico, entre outras.

Conforme definimos no projeto de estágio (apêndice J), na abordagem à pessoa em situação crítica, para além de ser fundamental existir um ambiente onde as condições de segurança estejam garantidas, inclusive no ambiente extra-hospitalar, torna-se necessário seguir uma metodologia cientificamente aprovada e recomendada em Portugal como é o caso da metodologia ABCDE, (que surge no âmbito da circular normativa nº 15 de 22 de junho de 2010 sobre a criação e implementação de equipas de emergência médica intra-hospitalar [DGS, 2010, p. 11]), isto é, manutenção da via aérea, ventilação, circulação, função neurológica e exposição com controlo de temperatura e um domínio completo do algoritmo SAV, sendo que,

foi essencial a realização dos cursos de SAV e SAV em trauma, leccionados na UC enfermagem médico-cirúrgica IV e certificados internacionalmente.

Por um lado, atendendo aos critérios de avaliação das unidades de competência relativos à antecipação da instabilidade, administração de protocolos terapêuticos complexos e gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica (OE, 2011a, p. 8656), a realização das intervenções de enfermagem tendo como base a metodologia ABCDE e o algoritmo SAV, contribuíram para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Por outro lado, a realização das intervenções de enfermagem suportadas pela teoria das transições, permitiu-nos assistir a pessoa e família em situação crítica e utilizar as capacidades de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Pretendemos através do seguinte exemplo, ilustrar a importância do enfermeiro especialista em EMC-PSC na facilitação do processo de transição e promoção do bem-estar (Meleis, 2010, p. 619): durante o estágio final, em contexto de sala de emergência, recebemos um homem de cerca de 70 anos, autónomo nas atividades de vida, que subitamente ficou disártrico e com hemiparesia no hemicorpo direito. Iniciámos a prestação de cuidados, não só aquela pessoa em situação crítica, mas também à sua família. Para além de promovermos o bem-estar da pessoa, a nossa intervenção também se estendeu à família para que a pessoa em situação crítica obtivesse apoio através de pessoas significativas (Meleis, 2010, p. 619).

Para Meleis (2010, p. 242) ao privarmos a família de receber cuidados e atenção, ou seja, ao direccionarmos os cuidados apenas à pessoa em situação crítica, para além de poder exacerbar os problemas de saúde e levar à necessidade de cuidados de emergência, quer para a família ou para a pessoa, pode levantar também questões éticas e morais, merecendo uma reflexão profunda no seio da nossa profissão.

Por conseguinte, consideramos que a atitude demonstrada em contexto de estágio, para além da antecipação do risco, da administração de protocolos terapêuticos, da gestão diferenciada da dor, pautou também pela assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica, com as capacidades em comunicarmos e estabelecermos a relação terapêutica com a pessoa e família em situação crítica (OE, 2011a, p. 8657).

Competências de Mestre (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27)	7 – Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade
--	--

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a, p. 8656)	K2 – Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção
--	---

A dinamização da resposta perante as situações de catástrofe ou emergência multivítimas pressupõe por parte do enfermeiro especialista em EMC-PSC, a intervenção na elaboração dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multivítimas (OE, 2011a, p. 8657).

Para o desenvolvimento desta competência, consideramos importantes os seguintes contributos:

Em primeiro lugar, a formação e experiência adquirida desde 2010 na instituição Bombeiros, sobretudo na gestão dos cuidados em situações de emergência e planeamento da resposta concreta ante as pessoas em situações de emergência multivítimas ou catástrofe (OE, 2011a, p. 8657). Referimos como exemplo a resposta a acidentes de viação com multivítimas, em que a triagem é realizada pela equipa da primeira ambulância a chegar ao local.

Em segundo, a possibilidade de realização de turnos, durante o estágio final, no posto de triagem do SUMC, permite-nos colocar em prática os conhecimentos adquiridos no curso de triagem de Manchester realizado em outubro de 2016, sendo que, a experiência adquirida neste contexto de estágio, embora não tivesse ocorrido nenhuma situação de catástrofe, permite-nos também fortalecer a nossa experiência no processo de tomada de decisão e juízo clínico.

Por último, na consolidação desta competência considerámos importante analisar o plano de emergência do município onde desenvolvemos diariamente o exercício da profissão,

elaborando uma sessão de sensibilização (apêndice K) que apresentámos aos nossos pares em contexto de formação em serviço.

Em suma, consideramo-nos minimamente habilitados e dotados de capacidade para conceber, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe e/ou emergência, planear a resposta e gerir os cuidados em situações de emergência e catástrofe (OE, 2011a, p. 8657).

Competências de Mestre (UE, IPCB, IPP, IPB & IPS, 2015, p. 27)	5 – Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais
	6 – Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (OE, 2011a, p. 8657)	K3 – Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

A resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção deve ser tida em consideração em todos os momentos da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, pois devido aos vários contextos de atuação, à complexidade das situações e ao recurso constante a medidas invasivas para diagnóstico e terapêutica, o risco de infeção aumenta (OE, 2011a, p. 8657).

No programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, a DGS (2007, p. 8) estabelece como objetivos o conhecimento da incidência e da origem das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), bem como a diminuição das mesmas. Já em 2017, num relatório sobre o programa anteriormente referido, a DGS refere que “nos

últimos anos tem-se assistido a uma tendência global de descida da incidência destas IACS monitorizadas em Portugal” (DGS, 2017a, p. 7).

Enquanto enfermeiros especialistas em EMC-PSC, ao prestarmos cuidados de enfermagem especializados, independentemente do contexto (UCI, SUMC, SUB, extra-hospitalar, entre outros), devemos ter em conta as precauções básicas controlo de infeção, nomeadamente:

“avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes (...) Higiene das mãos (...) Etiqueta respiratória (...) Utilização de equipamento de proteção individual (...) Descontaminação do equipamento clínico (...) Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies (...) Manuseamento seguro da roupa (...) Gestão adequada dos resíduos (...) Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis (...) Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho” (DGS, 2017a, p. 6).

No processo de desenvolvimento desta competência específica, destacamos alguns exemplos ocorridos ao longo das UC estágio I e estágio final, onde aplicamos as precauções básicas do controlo de infeção, com o objetivo de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção:

- A colocação da roupa hospitalar e do fardamento nos circuitos próprios para a higienização, quer na UCI, quer no SUMC, possibilita um manuseamento seguro da roupa e consequente prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2017a, p. 6);
- A separação dos resíduos hospitalares demonstra o conhecimento sobre uma gestão adequada dos resíduos e como tal, compete ao enfermeiro especialista em EMC-PSC supervisionar a correta separação, bem como solicitar às equipas de limpeza a descontaminação adequada de superfícies e equipamentos;
- O cumprimento dos 5 momentos da higienização das mãos, sendo que, na UCI o enfermeiro tem um papel ativo nesta matéria, pois realiza o acompanhamento das visitas desde a sala de espera até à unidade do doente, explicando todos os passos relativamente à higienização das mãos e à utilização de equipamento de proteção individual quando existe

essa necessidade, como por exemplo, nos doentes em isolamento. Deste modo, monitorizámos as medidas de prevenção e controlo já implementadas e garantimos o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção (OE, 2011a, p. 8657);

- O preenchimento dos impressos e envio do material para esterilização, no sentido de promover a descontaminação do equipamento clínico;
- A revisão das técnicas de administração de medicamentos pela via subcutânea, intravenosa e intramuscular, que constam do manual de procedimentos técnicos de enfermagem (Veiga, Henriques, Barata, Santos, Santos, Martins, Coelho & Silva, 2011, p. 268), para contribuírmos com uma prática segura na preparação e administração da terapêutica injetável.

Destacamos ainda aprendizagem da técnica da aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal, que consiste numa técnica de alta complexidade, em que a pessoa em situação crítica é exposta à inserção de uma sonda de aspiração na via aérea inferior. Tal facto acarreta alguns riscos, como por exemplo a hipóxia e por isso, a aspiração de secreções só deve ser feita quando há auscultação de sons pulmonares adventícios, aumento da pressão inspiratória no ventilador ou quando a movimentação de secreções é audível durante a respiração (Martins, Maestri, Dogenski, Nascimento, Silva & Gama, 2008, p. 518). A aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal foi sempre realizada com recurso à técnica asséptica e equipamento de proteção individual, conforme está descrito no manual de procedimentos de enfermagem (Veiga et al., 2011, p.122).

Em suma, consideramos que as nossas intervenções ao longo dos estágios contribuíram para a redução das IACS na pessoa em situação crítica. Referimos também a importância dos grupos de coordenação local do programa de prevenção e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, que no caso da ULSLA, tem como missão o planeamento, implementação e monitorização do plano de prevenção e controlo da IACS, em consonância com as diretivas nacionais e especificidades institucionais (ULSLA, 2019a).

CONCLUSÃO

Após a realização dos estágios e elaboração deste documento, no âmbito da UC Relatório do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, afirmamos que o enfermeiro especialista em EMC-PSC tem um papel determinante no seu contexto profissional, pois a integração dos conhecimentos técnicos e científicos, aliada à experiência profissional adquirida, refletem uma prática baseada na evidência, onde os cuidados especializados são prestados de forma holística, responsável e assentes na promoção da qualidade de vida e segurança da pessoa em situação crítica.

Ao longo deste percurso de desenvolvimento de competências de mestre e competências, comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em EMC-PSC, tivemos oportunidade de prestar cuidados à pessoa em situação crítica, quer no meio intra-hospitalar (UCI e SUMC), quer no meio extra-hospitalar (SIV e VMER). Contudo, em virtude da temática adotada para o PI, promovemos também os cuidados especializados à pessoa com dor torácica, através da formação aos pares e da elaboração de uma norma de procedimento, para uma abordagem eficiente à luz daquilo que são as linhas orientadoras internacionais e nacionais, e, atendendo às especificidades do contexto onde se prevê a sua aplicação, nomeadamente o SUB. De referir que a mesma foi enviada à CQSD da ULSLA (apêndice F) para homologação e implementação por parte do Conselho de Administração da instituição.

Por um lado, na prática especializada, a integração de conhecimentos ao nível da investigação é fundamental, como tal, de acordo com a temática inerente a este relatório, realizámos uma revisão da literatura, onde enumerámos as principais intervenções de enfermagem no controlo da dor na pessoa com dor torácica, promovendo assim por parte do enfermeiro especialista em EMC-PSC, um cuidado holístico, responsável, promotor da qualidade, da segurança, do bem-estar e de uma transição saudável, que previne o risco de complicações relativamente à falência orgânica, que pode estar associado aquela sintomatologia.

Por outro lado, utilizámos os conhecimentos de investigação para demonstrarmos a importância dos cuidados especializados à pessoa com dor torácica, no contexto analisado. Apesar das limitações inerentes ao levantamento de dados para o diagnóstico de situação,

aquando da realização do PI, conseguimos demonstrar que, a dor torácica é uma das principais queixas apresentadas pelas pessoas com EAM que foram transferidas daquele serviço de urgência.

Concluimos que os objetivos propostos inicialmente neste relatório, foram alcançados na sua globalidade, tendo contribuído a orientação clínica e pedagógica proporcionada, quer pela docente, quer pelas enfermeiras orientadoras, assim como as condições proporcionadas pela instituição e seus profissionais.

Em suma, consideramos desenvolvidas as competências de mestre e as competências, comuns e específicas, de enfermeiro especialista em EMC-PSC, num caminho sinuoso, pautado por altos e baixos, onde destacamos a nossa capacidade de gestão, perseverança, flexibilidade e adaptação às circunstâncias, nomeadamente à realização deste curso em simultâneo com o cumprimento das nossas obrigações profissionais e familiares.

Atentos na realidade, confiantes e motivados, vislumbramos um futuro com oportunidades para comprovar o reconhecimento que nos é conferido para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados, atenta na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no controlo e prevenção das IACS, no bem-estar, no autocuidado, na satisfação e na organização dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração dos Portos de Sines e do Algarve (2019). Porto de Sines. In www.apsinesalgarve.pt. Recuperado a 26 de março de 2019 em <http://www.apsinesalgarve.pt/portos/porto-de-sines/>.

Alentejo Turismo (s/d). Concelho de Alcácer do Sal. In www.alentejoturismo.pt. Recuperado a 10 de abril de 2019 em <https://alentejoturismo.pt/pt-pt/concelhos/concelho-de-alcacer-do-sal/?cn-reloaded=1#top>.

Alyahya, A., Alghammass, A., Aldhahri, F., Alsebti, A., Alfulaij, A., Alrashed, S., Al Faleh, H., Alshameri, M., Alhabib, K., Arafah, M., Moberik, A., Almulaik, A., Al-Aseri, Z. & Kashour, T. (2018). The impact of introduction of code-STMEI program on the reduction of door-to-balloon time in acute ST-elevation myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous Coronary intervention: A single-center Study in Saudi Arabia. *Journal of Saudi Heart Association*, 30, 172-179. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsha.2017.11.002>.

Araújo, F., Guerreiro, A., Tavares, A., Pimentel, J. & Neto, M. (2014). Perfis de Saúde. Grupo de Trabalho Estratégico e Operativo das Administrações Regionais de Saúde do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. In www.arsalentejo.min-saude.pt. Recuperado a 1 de fevereiro de 2019 em http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/ObservatorioRegionalSaude/Documents/PLS2014_A49%20ULS LA.pdf.

Assembleia da República [AR] (2015). Lei nº 156 de 16 de setembro de 2015. *Diário da República*, 1ª série, nº 181, 8059-8105.

AR (2009). Lei nº 111 de 16 de setembro de 2009. *Diário da República*, 1ª série, nº 180, 6528-6550.

AR (2001). Lei nº 1 de 3 de janeiro de 2001. *Diário da República*, 1ª série A, nº 2, 14-36.

AR (1990). Lei nº 48 de 24 de agosto de 1990. *Diário da República*, 1ª série, nº 195, 1-11.

Brito, A. S. (2015). *Caraterização da dor torácica no Serviço de Urgência do Hospital Santo António*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Câmara Municipal de Alcácer do Sal [CMAS] (2015). Geografia. In www.cm-alcacerdosal.pt. Recuperado a 10 de abril de 2019 em <http://www.cm-alcacerdosal.pt/pt/municipio/concelho/geografia/>.

Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Recuperado a 28 de março de 2019 em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>.

Celestino, C. (2019). Alcácer do Sal entrou na mira dos investidores – será a próxima Comporta? In www.idealista.pt. Recuperado a 10 de abril de 2019 em <https://www.idealista.pt/news/ferias/turismo/2019/02/18/38811-alcacer-do-sal-esta-na-mira-dos-investidores-sera-a-proxima-comporta>.

Conselho de Enfermagem [CE] (2012). Parecer – Realização de ECG pelos Enfermeiros. Parecer nº 12/2012 de 11 de junho. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-3. Recuperado a 3 de março de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_2012_CE.pdf

Conselho Jurisdicional [CJ] (2006). Tomada de posição sobre a segurança do cliente. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-10. Recuperado a 28 de março de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf.

Cunha, P., Cunha, C., & Alves, P. (2014). *Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a Pesquisa Baseada em Evidências*. Belo Horizonte, Brasil: Grupo Anima Educação.

Curtis, K., Unsworth, A. & Asha, S. (2015). Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery. *Scandinavian Journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 23 (17), 2-9. DOI: 10.1186/s13049-015-0091-5.

Direção Geral da Saúde [DGS] (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referenciação Interna Imediata. *Direção Geral da Saúde*, Norma nº 002 de 09 de janeiro de 2018, 1-23.

DGS (2017a). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. In www.dgs.pt. Recuperado a 13 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>.

DGS (2017b). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. In www.dgs.pt. Recuperado a 23 de fevereiro de 2019 em file:///C:/Users/Jo%C3%A3o%20Pinto/Downloads/DGS_PNDCCV_V11.pdf.

DGS (2010). Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI). *Direção Geral da Saúde*, Circular Normativa nº15 de 22 de junho de 2010, 1-11.

DGS (2007). Programa Nacional de Prevenção da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. In www.dgs.pt. Recuperado a 13 de março de 2019 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>.

DGS (2003). A dor como 5º sinal vital. *Direção Geral da Saúde*, Circular Normativa nº 09 de 14 de junho de 2003, 1-4.

Domingues, G. & Moraes-Filho, J. (2009). Dor torácica não cardiogénica. *Arquivos de Gastroenterologia*, volume 46, nº 3, 233-240.

Elsevier, B. V. (2019). Assessment of research output through bibliometric tools. In www.elsevier.com. Recuperado a 17 de fevereiro de 2019 em <https://www.elsevier.com/solutions/scopus>.

Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 183-196. Recuperado a 9 de março de 2019 em <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>.

Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação, Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Fundação para a Ciência e Tecnologia [FCT] (2017). Quem somos. In www.b-on.pt. Recuperado a 17 de fevereiro de 2019 em <https://www.b-on.pt/quem-somos/>.

Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde [GSEAMS] (2015). Despacho nº 5613 de 27 de maio de 2015. *Diário da República*, 2ª série, nº 102, 13550-13553.

GSEAMS (2014a). Despacho nº 10319 de 11 de agosto de 2014. *Diário da República*, 2ª série, nº 153, 20673-20678.

GSEAMS (2014b). Despacho nº 5561 de 23 abril de 2014. *Diário da República*, 2ª série, nº 79, 11123-11124.

GSEAMS (2011). Despacho 13377 de 6 de outubro de 2011. *Diário da República*, 2ª série, nº 192, 39681-39682.

Galvão, L. & Palmeirinha, A. (2019). *Relatório de 2018 – Evacuações de utentes no Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal*. Documento elaborado por Enfermeiros do SUB e disponibilizado por correio eletrónico institucional.

Grupo de Apoio aos Recursos Documentais [GARDOC] (2013). Referências Bibliográficas: Norma APA – 6ª edição. In <http://bibliotecas.ips.pt>. Recuperado a 14 de março de 2019 em <http://bibliotecas.ips.pt/content/files/APA.pdf>.

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M., Bueno, H., Bucciarelli-Ducci, C., Caforio, A., Crea, F., Goudevanos, J., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P. & Widimsky, P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39, 119-177. DOI: 10.093/eurheartj/ehx393.

Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2018). Relatório Anual – Integração VMER & SIV – 2017. Documento elaborado pelo Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão. In www.inem.pt. Recuperado a 4 de fevereiro de 2019 em https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2018/05/Relat%C3%B3rio-Integra%C3%A7%C3%B5es-VMER-e-SIV-2017_vers%C3%A3o-corrigida-16-05-2018.pdf.

INEM (2017a). O que é uma Ambulância de Suporte Imediato de Vida? In www.inem.pt. Recuperado a 3 de fevereiro em <https://www.inem.pt/2017/05/29/o-que-e-uma-ambulancia-de-suporte-imediato-de-vida-siv/>.

INEM (2017b). História do INEM. In www.inem.pt. Recuperado a 3 de fevereiro em <https://www.inem.pt/category/inem/o-inem/historia-do-inem/>

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2019a). Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte. In www.pordata.pt. Recuperado a 26 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-117>.

INE (2019b). Alojamentos turísticos: total e por tipo de alojamento. In www.pordata.pt. Recuperado a 26 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Alojamentos+tur%C3%ADsticos+total+e+por+tipo+de+alojamento-746>.

INE (2019c). Empresas não financeiras: total e por sector de actividade económica. In www.pordata.pt. Recuperado a 26 de março de 2019 em

<https://www.pordata.pt/Municipios/Empresas+n%C3%A3o+financeiras+total+e+por+sector+d+e+actividade+econ%C3%B3mica-346>.

INE (2018a). População residente: total e por grandes grupos etários. In www.pordata.pt. Recuperado a 26 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-390>.

INE (2018b). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por sexo. In www.pordata.pt. Recuperado a 26 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+por+sexo-103>.

INE (2018c). Urgências nos hospitais. In www.pordata.pt. Recuperado a 26 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Urg%C3%Aancias+nos+hospitais-246>.

INE (2018d). *Causas de morte 2016* (1ª edição). Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Português da Qualidade [IPQ] (2017). Manual Informativo para o Ensino Secundário: Ensino das Normas e da Normalização nas Escolas. In www.ipq.pt. Recuperado a 23 de fevereiro em http://www1.ipq.pt/PT/Normalizacao/NormasPortuguesasReexame/Documents/MANUAL_ENSINO%20DAS%20NORMAS%20E%20DA%20NORMALIZA%C3%87%C3%83O%20NAS%20ESCOLAS.pdf.

International Association for the Study of Pain [IASP] (2017). IASP Terminology: Pain. In www.iasp-pain.org. Recuperado a 12 de fevereiro de 2019 em <http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>.

Junqueira, L. (2015). O eletrocardiograma normal. *Escola Médica da Universidade de Brasília*, 1-6. DOI: 10.13140/RG.2.1.2814.4800.

Keats, A., Moran, D., Rothwell, S., Woodcock, T., Williams, T. & Rawat, N. (2017). A quality improvement project to reduce door-to-electrocardiogram time: A multicenter study. *Journal of Saudi Heart Association*, 30, 180-187. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsha.2017.11.005>.

Keijzers, G., Egerton-Warburton, D., Cullen, L. & Fatovich, D. (2018). ‘What the hell is water?’ How to use deliberate clinical inertia in common emergency department situations. *Emergency Medicine Australasia*, 30, 426-430. DOI: 10.1111/1742-6723.12950.

Leite, L., Baptista, R., Leitão, J., Cochicho, J., Breda, F., Elvas, L., Fonseca, I., Carvalho, A. & Costa, J. (2015). Chest pain in the Emergency department: risk stratification with Manchester triage system and Heart score. *BMC Cardiovascular Disorders*, 15-48. DOI: 10.1186/s12872-015-0049-6.

Lopes, T., Gentile, P., Torres, A., Souza, L., Silva, E. & Vilagra, M. (2011). Dor definitivamente anginosa e suas principais características. *Revista de Saúde de Vassouras*, volume 2, nº 2, 19-28.

Lusa (2018). Hospital do Litoral Alentejano investe 1,6 ME na ampliação da urgência. In www.dn.pt. Recuperado a 1 de fevereiro em <https://www.dn.pt/lusa/interior/hospital-do-litoral-alentejano-investe-16-me-na-ampliacao-da-urgencia-9599959.html>.

Martins, J., Maestri, E., Dogenski, D., Nascimento, E., Silva, R. & Gama, F. (2008). Necessidade de aspiração de secreção endotraqueal: critérios utilizados por uma equipa de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*, volume 7, nº 4, 517-522. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i4.6660.

McGillion, M. H. & Watt-Watson, J. H. (2007). Dor. In Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighobors, M., Marek, J. F. & Green, C. J., *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de Saúde e Doença* (8ª edição – pp. 343-368). Loures, Portugal: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (1ª edição). Nova Iorque, Estados Unidos da América: Springer

Publishing Company. Recuperado a 10 de janeiro de 2019 em https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation__specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica [MCEEMC] (2015). Parecer – Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência. Parecer nº 20 de 18 de fevereiro de 2015. *Ordem dos Enfermeiros*, 1-3. Recuperado a 12 de março de 2019 em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEEMC_Parecer_20_EnfermeiroChefeServicosUrgencia.pdf

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2016). Decreto-Lei nº 63 de 13 de setembro de 2016. *Diário da República*, 1ª série, nº 176, 3159-3191.

MCTES (2006). Decreto-Lei nº 74 de 24 de março 2006. *Diário da República*, 1ª série, nº 60, 2242-2257.

Ministério da Saúde [MS] (2019). Atendimentos em Urgência Hospitalar por Triage de Manchester. In www.sns.gov.pt. Recuperada a 26 de março de 2019 em <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/atendimentos-em-urgencia-triagem-manchester/export/?flg=pt&disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAd+do+Alentejo&refine.temp=2019&refine.instituicao=Unidade+Local+de+Sa%C3%BAd+do+Litoral+Alentejano,+EPE>.

MS (2018). Proposta de Lei de Bases da Saúde. In www.sns.gov.pt. Recuperada a 10 de março de 2019 em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/12/13/proposta-de-lei-de-bases-da-saude-2/>.

MS (2015a). Despacho nº 5613 de 27 de maio de 2015. *Diário da República*, 2ª série, nº 102, 13550-13553.

MS (2015b). Despacho nº 1400-A de 10 de fevereiro de 2015. *Diário da República*, 2ª série, nº 28, 3882-(2) – 3882-(10).

MS (2012). Decreto-Lei nº 238 de 31 de outubro de 2012. *Diário da República*, 1ª série, nº 211, 6288-6297.

MS (1996). Decreto-Lei nº 161 de 4 de setembro de 1996. *Diário da República*, 1ª série A, nº 205, 2959-2962.

National Center for Biotechnology Information [NCBI] (2019). Pubmed Help. In www.ncbi.nlm.nih.gov. Recuperado a 17 de fevereiro de 2019 em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.How_to_Get_the_Journal_Article

Nonnenmacher, C., Pires, A., Moraes, V. & Lucena, A. (2018). Factors that influence care priority for chest pain patients using the Manchester triage system. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 940-950. DOI: 10.1111/jocn.14011.

Nur, K. (2018). Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 174-180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.007>.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada em Emergência Extra-Hospitalar. Regulamento nº 226 de 16 de abril de 2018. *Diário da República*, 2ª série, nº 74, 10758-10764.

OE (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Edição Portuguesa*. (Versão 2015). Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda. Recuperado a 5 de março de 2019 em https://futuresenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf.

OE (2015a). Regulamento nº 361 de 26 de junho de 2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, nº 123, 17240-17243.

OE (2015b). Regulamento nº 190 de 23 de abril de 2015 – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, 2ª série, nº 79, 10087-10090.

OE (2011a). Regulamento nº 124 de 18 de fevereiro de 2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, nº 35, 8656-8657.

OE (2011b). Regulamento nº 122 de 18 de fevereiro de 2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº 35, 8648-8653.

OE (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Conselho de Enfermagem*, 1-20. Recuperado a 9 de março de 2019 em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Paiva, J. A., Silva, A. M., Almeida, A. L., Seco, C. M., Gomes, C. M., Ribeiro, E. P., ... Silva, R. P. (2012). Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Relatório da CRRNEU. Recuperado a 2 de fevereiro de 2019 em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/cnt-rel-crrneu-pdf.aspx>.

Patrão, L. (2009). *Protocolo de actuação na dor torácica – tempo de demora intra-hospitalar nos casos de dor torácica e de enfarte agudo do miocárdio*. Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Medicina. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, Covilhã. Recuperada a 23 de fevereiro de 2019 em https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1005/1/Protocolo_de_actuacao_na_dor_toracica.pdf.

Pinto, A., Sobral, A., Barros, J., Teixeira, J., Sousa, L., Pereira, N., Fernandes, P. & Gomes, V. (2017). Norma regulamentar: carro de emergência, mala de transferência e mala de emergência. Versão 1. *Código NR-ULSLA-3*. Homologação: 08/11/2017.

Rad, M., Bidi, A., Khaligh, G. & Rad, M. (2018). Causes of Late Referral to the Emergency Department in Patients with Myocardial Infarction in Iran. *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 35 (2), 105-113. DOI: 10.2478/afmnai-2018-0012.

Rádio e Televisão de Portugal [RTP] (2008). Ministra da Saúde regressa às origens. In www.rtp.pt. Recuperado a 2 de fevereiro de 2019 em https://www.rtp.pt/noticias/saude/ministra-da-saude-regressou-as-origens_v190849.

Rio mira (2012). Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. In www.riomira.com. Recuperado a 1 de fevereiro de 2019 em http://www.riomira.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5503%3Aunidade-local-de-saude-do-litoral-alentejano&catid=11%3Asaude&Itemid=11

Rosário, C., Ferreira, R. & Cortez, M. (2013). Dor torácica aguda. In Manual do Curso de Evidência na Emergência. Recuperado a 12 de fevereiro de 2019 em https://luzsaude.pt/media/6339640/30_hosparrabida_tertulia_mcee_dortoracicaaguda_abril2013.pdf.

Saks, F. C. (2005). *Busca Booleana: Teoria e Prática*. Curso de Gestão da Informação. Universidade Federal do Paraná, Paraná. Recuperada a 17 de fevereiro de 2019 em <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/48319/TCC%20-%20Flavia%20do%20Canto%20Saks%20-%20Monografia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Santos, J. (2016). Artigo de revisão integrativa: atuação dos enfermeiros na dor aguda torácica. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, volume 6, nº 4, 59-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.18378/rebes.v6i4.4421>.

Sousa, L., Matos, P. & Ramos, J. (2012). Dor torácica. In Ponce, P., *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp. 23-30). Lisboa, Portugal: Lidel.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano [ULSLA] (2019a). Grupo Coordenador Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. In www.uls-la.min-saude.pt. Recuperado a 13 de março de 2019 em http://intranet/?page_id=1678.

ULSLA (2019b). Comissão da Qualidade e Segurança do Doente. In www.uls-la.min-saude.pt. Recuperado a 15 de fevereiro de 2019 em <http://www.uls-la.min-saude.pt/institucional/qualidade/>.

ULSLA (2019c). Cuidados de Saúde Primários. In www.ulsia.min-saude.pt. Recuperado a 27 de janeiro de 2019 em <http://www.ulsia.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>.

ULSLA (2019d). *Relatório diário dos serviços de urgência*. Documento elaborado pelo Gabinete de Planeamento e apoio à gestão e disponibilizado por correio eletrónico institucional a 26 de janeiro de 2019.

ULSLA (2019e). Unidade de Cuidados Intensivos. In www.ulsia.min-saude.pt. Recuperado a 12 de janeiro de 2019 em <http://www.ulsia.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-hospitalares/>.

ULSLA (2019f). Missão, Visão e Valores. In www.ulsia.min-saude.pt. Recuperado a 10 de janeiro de 2019 em <http://www.ulsia.min-saude.pt/category/institucional/missao/>.

Universidade de Évora [UE] (2016). Aviso nº 5622 de 2 de maio de 2016. *Diário da República*, 2ª série, nº 84, 13881-13888.

UE, Instituto Politécnico de Castelo Branco [IPCB], Instituto Politécnico de Portalegre [IPP], Instituto Politécnico de Beja [IPB] & Instituto Politécnico de Setúbal [IPS] (2018). Planeamento da Unidade Curricular. Documento disponibilizado em suporte físico na pasta da UC Estágio Final.

UE, IPCB, IPP, IPB & IPS (2015). NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido – Novo ciclo de estudos. In www.ess.ips.pt. Recuperado a 9 de março de 2019 em <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>

Valente, M., Catarino, R., Ribeiro, H. & Martins, A. (2012). *Emergências Médicas – Manual TAS* (1ª edição). Lisboa: Departamento de Formação em Emergência Médicaa – INEM, 1-63.

Veiga, B., Henriques, E., Barata, F., Santos, F., Santos, I., Martins, M., Coelho, M. & Silva, P. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos*. (2ª edição). Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.

Vigor, E. M. (2017). *Referencial de formação*. Lisboa: Agência Nacional Para Qualificação E O Ensino Profissional, I.P, 1–54.

Wang, J., Hom, J., Balasubramanian, S., Schuler, A., Shah, N., Goldstein, M., Baiocchi, M. & Chen, J. (2018). An evaluation of clinical order patterns machine-learned from clinician cohorts stratified by patient mortality outcomes. *Journal of Biomedical Informatics*, 86, 109-119. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2018.09.005>.

Webster, R., Thompson, A. & Norman, P. (2015). ‘Everything’s fine, so why does it happen?’ A qualitative investigation of patients’ perception of noncardiac chest pain. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1936-1945. DOI: 10.1111/jocn.12841.

Webster, R., Thompson, A., Norman, P. & Goodacre, S. (2017). The acceptability and feasibility of na anxiety reduction intervention for emergency department patients with non-cardiac chest pain. *Psychology, Health & Medicine*, volume 22, série 1, 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1144891>.

ANEXOS

Anexo A – Parecer da comissão de ética da ULSLA



Parecer da Comissão de Ética (CE) na reunião de 18/12/2018, ao Estudo de:

João Carlos Cordeiro Antunes Pinto, enfermeiro do Serviço de Urgência Básica (SUB) de Alcácer do Sal, com entrada na ULSLA I/30604/18/CETICA, de 31/10/18, com vista à elaboração de protocolo para uniformização de cuidados de enfermagem prestados a doentes com dor torácica, objeto de deliberação da CES na sua reunião de 27/11/2018.

A CE deliberou, por unanimidade de votos dos membros presentes, dar parecer favorável ao pedido, tendo presente o cumprimento dos requisitos apreciados por esta Comissão e o respetivo parecer favorável concedido pela Encarregada de Proteção de Dados da ULSLA.

A Presidente da CE da ULSLA

(Maria Manuela Serra Banza)

Anexo B – Certificado de presença no Encontro Nacional de Enfermeiros –
Emergência Extra-Hospitalar



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

João Carlos Cordeiro Antunes Pinto

membro nº desta Ordem, esteve presente no "Encontro Nacional de Enfermeiros - Emergência Extra Hospitalar", no dia 2 de Novembro de 2018, com duração total de 7h30, no Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, 2 de Novembro de 2018.

A Bastonária

Ana Rita Pedroso Cavaco

Ana Rita Pedroso Cavaco

Anexo C – Certificado de presença no 4º Congresso Nacional da Urgência

O que é frequente,
é frequente!...



CERTIFICADO

Certificamos que,

JOÃO PINTO

esteve presente no **4º Congresso Nacional da Urgência**, que decorreu nos dias 17 e 18 de novembro de 2018, no Fórum Luísa Todi.

Setúbal, 18 de novembro de 2018

Dr. António Martins Baptista
Presidente do Congresso

Anexo D – Certificado de presença no Congresso Status 5 – Trauma,
Emergência e Reanimação – O estado da arte

CERTIFICADO

Certifica-se que,

*João Carlos Cordeiro Antunes
Pinto*

Participou no Congresso Científico **Status 5** | Trauma, Emergência, Reanimação – O estado da arte, que se realizou no Auditório do Fórum Lisboa, nos dias 30 de Novembro e 1 de Dezembro de 2018.



Dra. Sara Lino



Enf. Claudia Serrano



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



Anexo E – Certificado de presença no III Congresso da Secção Regional do Sul da OE



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

João Carlos Cordeiro Antunes Pinto

membro n.º desta Ordem, esteve presente no **III Congresso da Secção Regional do Sul** nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras** em **Faro**.

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Sul

Assinatura manuscrita de Sérgio Branco.

Sérgio Branco

APÊNDICES

Apêndice A – Pedido de parecer à comissão de ética da ULSLA

REQUERIMENTO

Exma. Sr.^a Dra. Marta Imaginário
Encarregada de Proteção de Dados
da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE

Eu, João Carlos Cordeiro Antunes Pinto, Enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência Básica (SUB) de Alcácer do Sal, com o nº mecanográfico 61565 e estudante nº 170531070, do 2º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, área de especialização Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, tendo entregado requerimento dirigido à Comissão de Ética da ULSLA em 31 de outubro de 2018, em que no âmbito do mesmo solicitei autorização para consultar “registro de análises efetuadas no SUB de Alcácer do Sal nos últimos 2 anos”, venho referir que pretendo desistir deste pedido de autorização porque cheguei à conclusão que os resultados a obter não se revelam essenciais no âmbito das minhas atividades curriculares.

Venho também expor as linhas de raciocínio para a realização do trabalho de pesquisa:

- A dor torácica é o principal sintoma do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM);
- No SUB de Alcácer do Sal, no período (entre [] e []) foram transferidos X doentes com EAM;
- Caracterização dos doentes por género e faixa etária (de 5 em 5 anos);
- Desses doentes transferidos por EAM, X % tinha como principal motivo de ida à urgência __ (necessário consultar diário clínico, pesquisando o utente no SClínico através do nº SNS, sendo que a visualização do nº SNS é a única forma de aceder à sintomatologia apresentada no momento de ida ao SUB em que se diagnosticou o EAM. O nº SNS não será utilizado para nenhum fim, nem necessitarei de anotá-lo, não sendo possível identificar os utentes em questão).
- De acordo com as guidelines recentes, o eletrocardiograma e as enzimas cardíacas, devem ser realizados precocemente, bem como, determinada medicação deve ser administrada na presença ou suspeita de EAM;
- Da população em causa (doentes com EAM transferidos do SUB) X % realizou eletrocardiograma, sendo que x % de eletrocardiograma revelavam sinais de isquémia aguda (infra ST/supra ST). Não haverá menção sobre as datas da realização do eletrocardiograma.

Alcácer do Sal, 14 de Dezembro de 2018

Apêndice B – Plano de sessão de formação em serviço sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Plano de sessão

Tema	Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Dor Torácica			
Formador	João Pinto			
Orientação	Enfermeira Especialista Delmira Lino Professora Doutora Dulce Santiago			
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal			
Data	07 de Março de 2019			
Hora	14h30 – 15h30			
Local	Sala de formação do centro de saúde de Alcácer do Sal			
Objetivos	No final da sessão os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Conhecer as principais causas de dor torácica;- Conhecer os dados obtidos relativamente à dor torácica no SUB;- Identificar as principais intervenções de enfermagem na abordagem à pessoa com dor torácica;- Conhecer a proposta de norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB.			
Fases	Conteúdos	Método	Recursos	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação do formador;- Apresentação dos objetivos da sessão de formação;- Enquadramento	Expositivo;	Computador, projetor e tela de projeção;	5 Minutos;

	da sessão de formação			
Desenvolvimento	- Dor torácica: Causas; Etiologia; Realidade no serviço; Evidência científica; Intervenções. - Norma de procedimento: Objetivo; Procedimento; Registos; Avaliação.	Expositivo, ativo e interrogativo;	Computador, projetor e tela de projeção;	40 Minutos;
Conclusão	- Esclarecimento de questões; - Avaliação da sessão de formação e do formador	Interrogativo e ativo.	Computador, projetor e tela de projeção; Questionário de avaliação.	10 Minutos.

Apêndice C – Apresentação *PowerPoint* sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica



- Promover a melhoria, da qualidade e segurança, dos cuidados prestados à pessoa com dor torácica;
- Partilhar com a equipa de enfermagem a evidência científica encontrada no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa com dor torácica;
- Apresentar proposta de norma de procedimento sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB;

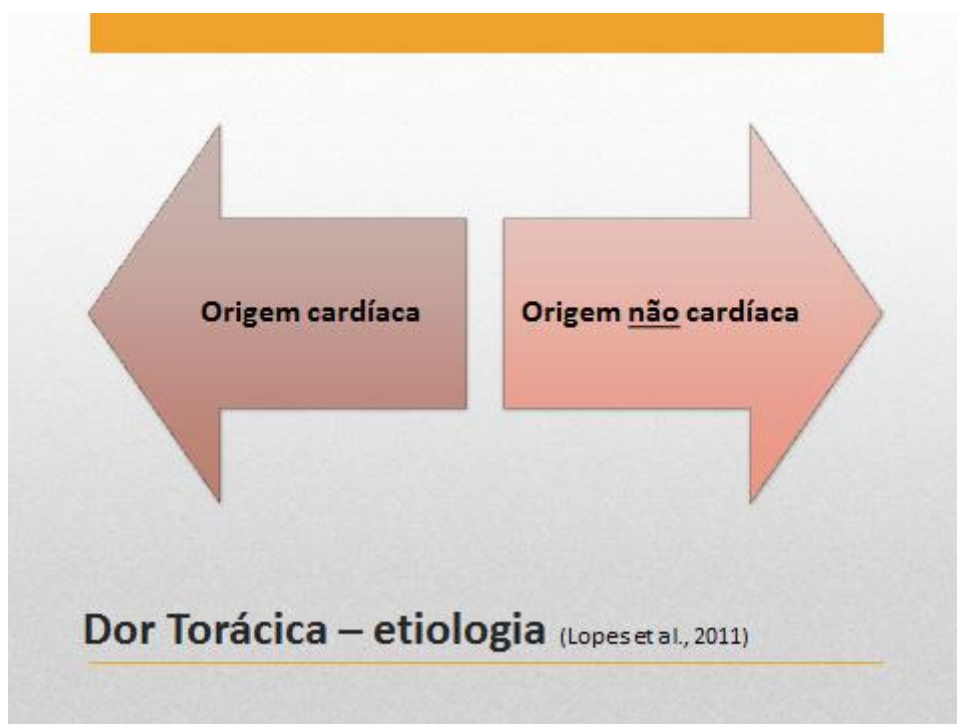
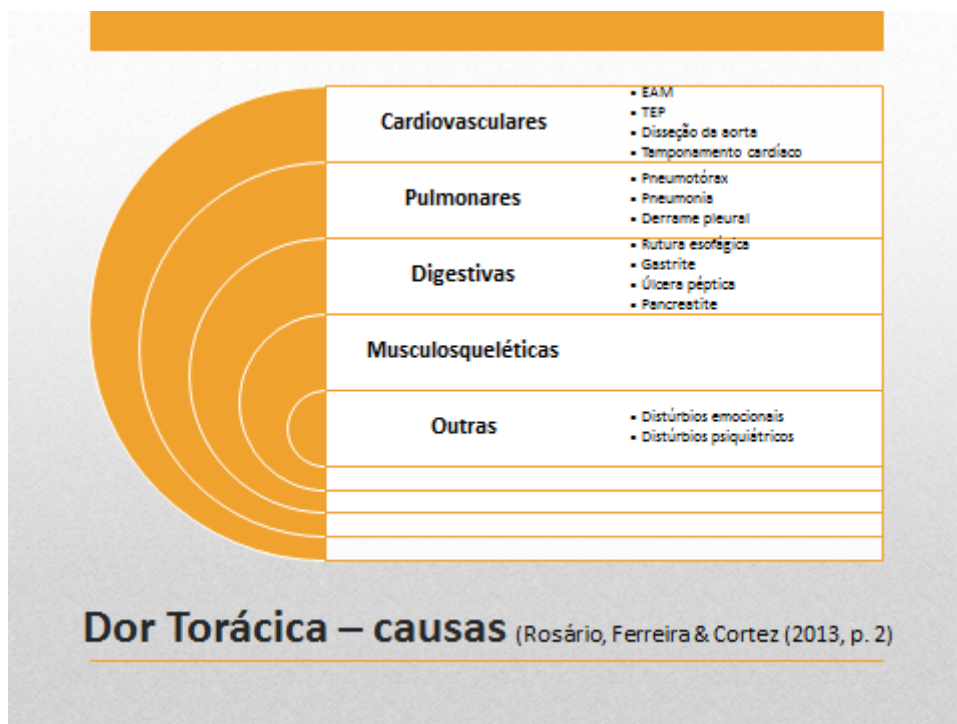
Objetivos da sessão

- Dor torácica
 - Causas
 - Etiologia
 - Realidade no serviço
 - Evidência científica
 - Intervenções
- Norma de procedimento
 - Objetivo
 - Procedimento
 - Registos
 - Avaliação

Sumário

- A dor torácica é uma das principais queixas apresentadas pelas pessoas que recorrem aos serviços de urgência, podendo estar associadas situações emergentes/muito urgentes ou situações não urgentes (Brito, 2015, p.3);
- A abordagem à dor torácica deve ser precisa e célere, devido ao risco de morte inerente a algumas patologias, tais como, o EAM, o TEP, a disseção da aorta, o pneumotórax hipertensivo e o derrame pericárdico (Sousa, Matos & Ramos, 2012, p. 23), constituindo por isso, um desafio para os profissionais de saúde (Leite et al., 2015, p. 1);

Dor Torácica



À dor torácica podem estar associadas patologias com risco de morte, como por exemplo, o EAM.

Em 2016 faleceram em Portugal 4385 pessoas devido a EAM, representando 4,0% das causas de morte nesse ano (INE, 2018d, p.77).

A Sociedade Europeia de Cardiologia refere que a grande maioria das pessoas com EAM apresenta como principal sintoma a dor torácica (Ibanez et al., 2018, p. 126)

No SUB, quantas pessoas apresentam dor torácica como principal motivo de ida ao serviço de urgência?

Dor Torácica – realidade no serviço

- No SUB, quantas pessoas apresentam dor torácica como principal motivo de ida ao serviço de urgência?
 - Dados da triagem?!
 - Dados das transferências?!
 - ...
- Se a dor torácica pode estar associada ao EAM, que é uma patologia que pode ser diagnosticada no SUB, quantas pessoas com EAM recorreram ao SUB por dor torácica?

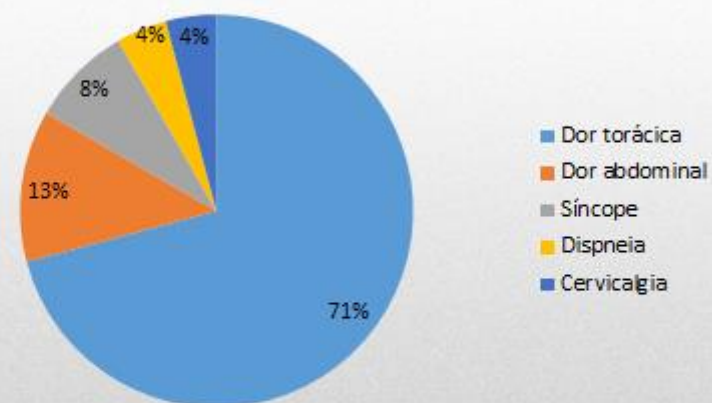
Dor Torácica – realidade no serviço

Entre janeiro de 2017 e novembro de 2018, no SUB, foram diagnosticadas com EAM e transferidas para outro hospital, 40 pessoas, no entanto apenas foi possível consultar o processo de 24 pessoas, cuja distribuição é a seguinte:



Dor Torácica – realidade no serviço

Queixa principal



Dor Torácica – realidade no serviço

- ❑ Como abordar a pessoa com dor torácica?
- ❑ Quais os cuidados seguros e de qualidade?
- ❑ Quais as intervenções de enfermagem essenciais à pessoa com dor torácica no serviço de urgência?
- ❑ No que é que podemos sustentar a nossa prática?

Pesquisa nas bases de dados –
Interventions AND nursing AND chest pain AND emergency department

Dor Torácica – evidência científica



Dor Torácica – evidência científica

Avaliar a dor

- Nonnenmacher et al. (2018, p. 941)

Monitorizar sinais vitais

- Aliyehy et al. (2018, p. 174)

Realizar ECG

- Keijzers et al. (2018, p. 429)
- Nonnenmacher et al. (2018, p. 947)
- Aliyehy et al. (2018, p. 174)
- Kests et al. (2017, p. 181)

Dor Torácica – intervenções

Colher amostra de sangue venoso

- Keijzers et al. (2018, p. 429)
- Aliyehy et al. (2018, p. 174)
- Wang et al. (2018, p. 114)

Administrar medicação

- Curtis, Unsworth & Ashe (2015, p. 4)
- Webster, Thompson & Norman (2015, p. 1941)
- Aliyehy et al. (2018, p. 174)
- Wang et al. (2018, p. 114)
- Nur (2018, p. 178)

Encorajar o repouso

- Rad et al. (2018, p. 109)
- Curtis, Unsworth & Ashe (2015, p. 3)

Dor Torácica – intervenções

Envolver (a pessoa) no processo de tomada de decisão

- Keljters et al. (2018, p. 429)

Promover status psicológico positivo

- Webster, Thompson & Norman (2015, p. 1942)

Referenciar para o serviço de auto-ajuda

- Webster et al. (2017, p. 2)

Dor Torácica – intervenções

Ensinar sobre a dieta (hipossalina e hipocalórica)

- Wang et al. (2018, p. 114)


Educar (a população)

- Rad et al. (2018, p. 105)
- Nur (2018, p. 179)

Obter formação (os profissionais)

- Webster et al. (2017, p. 2)
- Keets et al. (2017, p. 182)

Dor Torácica – intervenções

 ULSLA Unidade Local de Saúde de Lisboa Alentejana	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de ULSLA, E.P.E.	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. de documento	

Realização: Enf ^a João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

Norma de procedimento

- Uniformizar os cuidados de saúde a prestar à pessoa com dor torácica.

Norma de procedimento – objetivo


Médico do SUB

- Avaliar a pessoa com dor torácica;
- Realizar a colheita da história clínica e medicação habitual;
- Solicitar/validar meios complementares de diagnóstico;
- Prescrever/validar a terapêutica protocolada;
- Informar a pessoa/acompanhante sobre as possibilidades diagnósticas;
- Planear a transferência;
- Efetuar registos.

Norma de procedimento – procedimento

Enfermeiro (triagem) do SUB

- Triar a pessoa;
- Requerer colaboração do assistente operacional para encaminhar a pessoa com dor torácica em cadeira de rodas ou maca até ao leito;
- Informar o médico;
- Informar o enfermeiro da sala de observação;
- Registar no suporte de recolha de dados (anexo 8).

 SUB DE ALCÁÇER DO SAL

Ficha de sinalização dos casos de dor torácica

Data	Identificação do utente (SNS)	Prioridade	
		Emergente	Muito Urgente

Norma de procedimento – procedimento

Enfermeiro (sala de observação) do SUB

- Avaliar a pessoa com dor torácica de acordo com a metodologia ABCDE;
- Monitorizar os sinais vitais, o traçado cardíaco, a glicémia capilar e SPO2;
- Obter ECG de 12 derivações (anexo 5), após validação com o médico;
- Inserir cateter;
- Realizar a colheita de sangue para análises;
- Administrar terapêutica prescrita;
- Efetuar análises prescritas pelo médico;
- Efetuar registos;
- Informar o acompanhante sobre o plano de cuidados;
- Manter vigilância.

Norma de procedimento – procedimento

Assistente operacional do SUB

- Transportar a pessoa com dor torácica em cadeira de rodas ou maca até ao leito;
- Preparar a pessoa para a realização do ECG de 12 derivações em condições de privacidade (posicionar em decúbito dorsal, expor o tórax, membros superiores e tornozelos);
- Realizar o espólio de acordo com a norma de espólio dos utentes (NP-ULSLA-03 de 13 de junho de 2013);
- Disponibilizar as tiras de teste (troponina T, CK-MB, Mioglobina) quando o enfermeiro solicitar;
- Garantir a limpeza e descontaminação dos equipamentos utilizados.

Norma de procedimento – procedimento

Médico

- Nos registos ... mencionar o seguinte: **anamnese** (sinais, sintomas e antecedentes pessoais), **exame físico** e **terapêutica** a administrar.

Enfermeiro

- Nos registos de enfermagem ... mencionado o seguinte: **estado de consciência**, **pele**, **sinais vitais** (frequência respiratória, frequência cardíaca, pulso, tensão arterial, temperatura e dor), **procedimentos realizados** (ex: cateterização venosa periférica, colheita de sangue para análises) e **medicação administrada**.

Norma de procedimento – registos

Lista de Verificação da Norma

O **cartaz**: abordagem à pessoa com dor torácica no SUB de Alcácer do sal encontra-se visível?

A **fiche** de sinalização de casos de dor torácica triados com prioridade emergente/muito urgente encontra-se em local protegido, apenas ao alcance dos enfermeiros de triagem?

Foi realizado ECG a todas os utentes triados com prioridade emergente/muito urgente no fluxograma dor torácica?

O tempo desde a triagem até à realização do ECG foi inferior a 10 minutos?

Foi realizada monitorização de sinais vitais, traçado cardíaco, SPO2 e glicémia capilar a todos os utentes com prioridade emergente/muito urgente no fluxograma dor torácica?

O electrocardiógrafo apresenta bom aspeto geral e material necessário à realização do ECG (electrodos, gel, solução alcoólica)?

Localização do electrocardiógrafo acessível e visível?

As tiras de teste (troponina T, CK-MB, Mioglobina) estão armazenadas no frigorífico em local visível?

Existe evidência de que o serviço de urgência do adulto tem implementada a Norma?

O enfermeiro preenche, correta e completamente, os registos no SClinico?

O médico preenche, correta e completamente, os registos no SClinico?

Norma de procedimento – avaliação



Questões?



Obrigado pela vossa atenção!

- Alayhya, A., Alghammas, A., Aldhahbi, F., Alzabir, A., Alfuraij, A., Alnashid, S., Al Falah, H., Alshamoni, M., Alhabib, K., Anafah, M., Moabanik, A., Almulaik, A., Al-Azoh, Z. & Keshour, T. (2018). The impact of introduction of Code-STEMI program on the reduction of door-to-balloon time in acute ST-elevation myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous coronary intervention: A single-center study in Saudi Arabia. *Journal of Saudi Heart Association*, 30, 172-179. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsha.2017.11.002>.
- Brão, A. S. (2015). Caracterização da dor torácica no Serviço de Urgência do Hospital Santo António. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Curto, K., Unsworth, A. & Asha, S. (2015). Treatments for blunt chest trauma and their impact on patient outcomes and health service delivery. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25 (17), 2-9. DOI: 10.1186/s13049-015-0091-8.
- ibanci, S., James, S., Agnew, S., Antunes, M., Buono, H., Succardi-Ducci, C., Cafaro, A., Crea, F., Goudoyanos, J., Halvorsen, S., Hindriks, G., Kasrafi, A., Lanson, M., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Veronke, C., Vranckx, P. & Widimsky, P. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 39, 119-177. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx392.
- IN3 (2018). Causas de morte 2018 (1ª edição). Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística.

Referências bibliográficas

- Kabir, A., Moran, D., Kothwall, S., Woodcock, T., Williams, T. & Rawat, N. (2017). A quality improvement project to reduce door-to-diagnosticogram time: A multicenter study. *Journal of Saudi Heart Association*, 30, 160-167. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsha.2017.11.005>.
- Kojima, G., Barton-Warburton, D., Cullen, L. & Petrovich, D. (2008). "What the hell is water?" How to use deliberate clinical inertia in common emergency department situations. *Emergency Medicine Australia*, 30, 426-430. DOI: 10.1111/1743-8715.12950.
- Loite, L., Baptista, F., Loite, J., Coelho, J., Sroka, F., Silva, L., Fonseca, I., Carvalho, A. & Costa, J. (2015). Chest pain in the Emergency Department: risk stratification with Manchester triage system and Heart score. *BMC Cardiovascular Disorders*, 15-48. DOI: 10.1186/s12972-015-0049-8.
- Lopes, T., Gonçalo, P., Torres, A., Sousa, L., Silva, E. & Vilagras, M. (2011). Do diagnóstico de angina e suas principais complicações. *Revista de Saúde da Vassoura*, volume 2, nº 2, 19-25.
- Nonnenmacher, C., Pires, A., Moraes, V. & Lucena, A. (2015). Factors that influence care priority for chest pain patients using the Manchester triage system. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 940-950. DOI: 10.1111/jon.14011.
- Nur, K. (2018). Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 174-180. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijns.2018.04.007>.

Referências bibliográficas

- 10. Kad, M., Sidi, A., Khaligh, G. & Kad, M. (2018). Causes of Late Referral to the Emergency Department in Patients with Myocardial Infarction in Iran. *Acta Facultatis Medicae Nazbonia*, 35 (2), 105-115. DOI: 10.2478/afmna-2018-0012.
- 11. Sousa, L., Matos, P. & Ramos, J. (2012). Dor torácica. In: Ponce, P., *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp. 23-30). Lisboa, Portugal: Lidel.
- 12. Wang, J., Han, J., Salsubramanian, S., Schuler, A., Shah, N., Goldstein, M., Saeedhi, M. & Chen, J. (2018). An evaluation of clinical order patterns machine-learned from clinician cohorts stratified by patient mortality outcomes. *Journal of Biomedical Informatics*, 86, 109-119. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2018.09.005>.
- 13. Webster, K., Thompson, A. & Norman, P. (2015). 'Everything's fine, so why does it happen?' A qualitative investigation of patients' perception of noncardiac chest pain. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1936-1945. DOI: 10.1111/jocn.12541.
- 14. Webster, K., Thompson, A., Norman, P. & Goodacre, S. (2017). The acceptability and feasibility of an anxiety reduction intervention for emergency department patients with non-cardiac chest pain. *Psychology, Health & Medicine*, volume 22, issue 1, 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1144891>.

Referências bibliográficas

Apêndice D – Questionário sobre a avaliação da formação e formador

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Avaliação da sessão de formação pelo formando

Por favor, preencha a seguinte tabela conforme a sua avaliação numa escala de 1 a 4, em que 1 é o valor mínimo e 4 o valor máximo, colocando um X no respetivo quadrado.

Formação	1	2	3	4
Importância da temática abordada				
Qualidade do conteúdo apresentado				
Aquisição de novos conhecimentos				
Duração da sessão de formação				
Avaliação global da formação				
Formador	1	2	3	4
Domínio da temática abordada				
Segurança e exactidão na exposição				
Documentação de suporte				
Avaliação global do formador				
Avaliação da sessão de formação				

Das seguintes afirmações apresentadas, coloque um X na opção que corresponde à sua opinião, sendo que: DT – discordo totalmente; D – discordo; C – concordo; CT – concordo totalmente.

Afirmações	DT	D	C	CT
A realização desta formação contribuiu para melhorar os meus conhecimentos sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no serviço de urgência.				
A realização desta formação contribuiu para melhorar a qualidade e segurança da prestação de cuidados à pessoa com dor torácica no serviço de urgência.				
A proposta de norma de procedimento apresentada sobre a abordagem à pessoa com dor torácica no SUB é pertinente e útil para melhorar a prestação de cuidados a estas pessoas.				

Comentários e sugestões:

Obrigado pela sua colaboração!


João Pinto

Apêndice E – Proposta de norma de procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica no Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO LITORAL ALENTEJANO, E.P.E.

Norma de Procedimento:
Abordagem à Pessoa com Dor Torácica
Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*;

AVC – Acidente Vascular Cerebral;

DGS – Direção Geral da Saúde;

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio;

EAMCST – Enfarte Agudo do Miocárdio Com supradesnivelamento de ST;

EAMSST – Enfarte Agudo do Miocárdio Sem supradesnivelamento de ST;

ECG – Eletrocardiograma;

ENG – Entubação nasogástrica;

ERC – *European Resuscitation Council*;

ESC – *European Society of Cardiology*;

EV – Endovenoso;

GPT – Grupo Português de Triagem;

HNF – Heparina Não Fraccionada;

HBPN – Heparina de Baixo Peso Molecular;

ICP – Intervenção Coronária Percutânea;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;


MS – Ministério da Saúde;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

PCR – Paragem cardiorrespiratória;

PO – Peros;

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

SC – Subcutânea;

SCA – Síndrome Coronário Agudo;


SL – Sublingual;

SPO2 – Saturação periférica de oxigénio;

SUB – Serviço de Urgência Básica;

TEP – Tromboembolismo pulmonar.


Realização: Enf ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES	5
2.1 – Dor	5
2.2 – Dor torácica	7
2.2.1 – Dor torácica de origem não cardíaca	8
2.2.2 – Dor torácica de origem cardíaca	8
2.3 – Sistema de triagem de Manchester	9
2.4 – Metodologia ABCDE	10
2.5 – Medidas terapêuticas	10
3. OBJETIVO	15
4. ÂMBITO	15
5. RESPONSABILIDADES	15
5.1 – Conselho de Administração	15
5.2 – Diretor Clínico	16
5.2 – Médicos	16
5.3 – Enfermeiro Chefe	16
5.4 – Enfermeiros	16
5.5 – Assistentes Operacionais	16
6. PROCEDIMENTO	17
6.1 – Médico do SUB	17
6.2 – Enfermeiro (triagem) do SUB	17
6.3 – Enfermeiro (sala de observação) do SUB	17
6.4 – Assistente Operacional	18
7. REGISTOS	18
7.1 – Médico	18
7.2 – Enfermeiro	19
8. AVALIAÇÃO	19

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXOS	24

ANEXO 1 – Cartaz: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica no SUB de Alcácer do Sal

ANEXO 2 – Fluxograma da dor torácica na triagem de Manchester

ANEXO 3 – Abordagem ABCDE

ANEXO 4 – Esquema de realização de ECG de 12 derivações


ANEXO 5 – Características dos biomarcadores

ANEXO 6 – Valores de referência dos biomarcadores

ANEXO 7 – Ficha de sinalização de casos de dor torácica

ANEXO 8 – Ficha de auditoria

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

 Unidade Local de Saúde do Alentejo	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

1. INTRODUÇÃO

A dor torácica é um dos principais motivos pelos quais as pessoas recorrem aos serviços de urgência. A este sintoma podem estar associadas situações emergentes ou muito urgentes, como é o caso das SCA, ou situações não urgentes, como por exemplo as dores músculo-esqueléticas (Brito, 2015).

Em Portugal, no ano de 2016 morreram 7368 pessoas devido a doença isquémica do coração e 4385 pessoas devido a EAM (INE, 2018).

No SUB de Alcácer do Sal, no ano de 2017 foram transferidos para outra unidade hospitalar, entre outros, 21 doentes com o diagnóstico de EAM, 4 doentes com suspeita de TEP e 1 doente com pneumotórax (Galvão & Palmeirinha, 2018).

Segundo Sousa, Matos & Ramos (2012) a abordagem à dor torácica deve ser precisa e célere, devido ao risco de morte inerente a algumas patologias, tais como, o EAM, o TEP, a disseção da aorta, o pneumotórax hipertensivo e o derrame pericárdico.


De acordo com a norma 002 de 09 de janeiro de 2018 da DGS, relativamente aos sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna, no momento da triagem, quando é identificada uma dor torácica, deve ser solicitado um ECG de 12 derivações, que servirá de recurso fundamental durante a primeira observação médica (DGS, 2018 & OE, 2015). No entanto, se o estado do doente for crítico (compromisso da via aérea, respiração ineficaz ou choque), o mesmo deve ser encaminhado para uma sala de reanimação (ERC, 2015).

Deste modo, com vista à promoção de um ambiente seguro, à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, ao cumprimento de *guidelines* e normas para o atendimento à pessoa com dor torácica no SUB, surge a necessidade de criar esta norma (OE, 2011; ERC, 2015; ESC, 2018; DGS, 2018).

2. CONCEITOS/DEFINIÇÕES

2.1 – Dor

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

A dor consiste numa experiência desagradável, multidimensional, que abrange uma componente sensorial e emocional, associada a uma lesão concreta ou potencial, ou descrita em relação a essa lesão. Para além de ser uma experiência única e pessoal, a dor deve ser percebida de acordo com um modelo biopsicossocial, no qual a subjectividade se destaca, pois não existem marcadores biológicos que permitam quantificar a dor (IASP, 2017).

Desde 2003 que a Direção Geral da Saúde equipara a dor a um sinal vital, pois a dor e os efeitos da terapêutica instituída devem ser valorizados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde de forma rotineira, na abordagem das pessoas, independentemente da faixa etária, que sofram de dor aguda ou crónica (DGS, 2003).

A avaliação da intensidade da dor deve ser realizada e registada pelo profissional de saúde, através de escalas validadas internacionalmente (DGS, 2003):

✚ Escala visual analógica:

Sem Dor	Dor Máxima
---------	------------

Figura 1: escala visual analógica.


Numa linha de 10 centímetros com início em “sem dor” e final em “dor máxima”, a pessoa assinala com “x” onde se localiza a dor e de seguida, o profissional de saúde mede a distância do ponto inicial (“sem dor”) até à cruz e atribui um número no registo.

✚ Escala numérica:

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Figura 2: escala numérica.

Realização: Enf.º João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

Na escala entre 0 (sem dor) e 10 (dor máxima), o profissional de saúde questiona à pessoa qual o valor que atribui à dor, considerando esse número para registo.

✚ Escala qualitativa:

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Figura 3: escala qualitativa.

De entre cinco adjetivos (sem dor; dor ligeira; dor moderada; dor intensa; dor máxima), solicita-se ao doente que classifique a sua dor, devendo o profissional de saúde utilizar essa caracterização para efeitos de registo.

✚ Escala de faces:

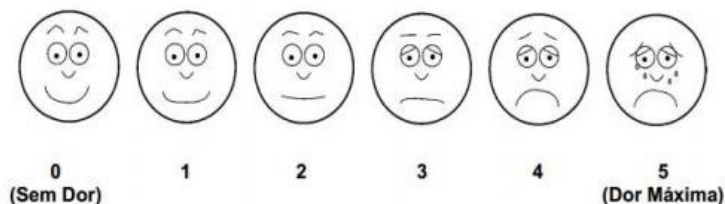


Figura 4: escala de faces.


De entre seis faces apresentadas, com mimica a simbolizar “sem dor” até à “dor máxima”, regista-se o número que corresponde à face selecionada pela pessoa.

2.2 – Dor torácica

A dor torácica constitui um desafio no serviço de urgência, pois é um sintoma que pode estar presente em várias patologias, desde as lesões músculo-esqueléticas até emergências médicas que possam colocar em risco a vida (Leite et al., 2015).

Segundo Rosário, Ferreira & Cortez (2013) as principais causas de dor torácica são

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

cardiovasculares (SCA, TEP, disseção da aorta, tamponamento cardíaco, pericardite, estenose aórtica, prolapso da válvula mitral), pulmonares (pneumotórax, pneumonia, derrame pleural) digestivas (rutura esofágica, gastrite, úlcera péptica, pancreatite), músculo-esqueléticas e outras classificadas como distúrbios emocionais/psiquiátricos.

De acordo com Lopes et al. (2011), a dor torácica pode ser de origem não cardíaca, ou de origem cardíaca. Deste modo importa caraterizar a dor torácica, tendo em conta a sua etiologia.

2.2.1 – Dor torácica de origem não cardíaca


Os processos fisiopatológicos relacionados com o aparelho digestivo, sistema músculo-esquelético e aparelho respiratório, bem como os distúrbios psicológicos, podem ter como sintoma a dor torácica, que desta feita, se denomina por dor torácica de origem não cardíaca (Domingues & Moraes-Filho, 2009).

Segundo Domingues & Moraes-Filho (2009) a abordagem a este tipo de dor torácica sem etiologia cardíaca, consiste numa intervenção medicamentosa com o objetivo de aliviar ou eliminar a sintomatologia, porém podem ser necessárias outras intervenções, tendo em conta o processo fisiopatológico gerador da sintomatologia.

2.2.2 – Dor torácica de origem cardíaca

A dor torácica de origem cardíaca pode ser uma dor sugestiva de isquémia, ou seja, dor anginosa, definida como uma dor forte, do tipo “compressiva”, “sensação de peso”, “sensação de queimadura”, “picada”, com início súbito ou desencadeada por esforço físico. É constante, podendo durar mais de 20 minutos, após o seu início e geralmente, alivia após repouso e toma de nitrato. Em termos de localização, a dor torácica de origem cardíaca situa-se na região retrosternal e

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

precordial, podendo irradiar para o membro superior esquerdo, mandíbula, região cervical, região dorsal e/ou epigastro (Lopes et al., 2011).

2.3 – Sistema de triagem de Manchester

O sistema de triagem *Manchester* teve origem em 1997, após haver necessidade de priorizar os doentes que chegavam às urgências devido ao colapso dos cuidados de saúde primários em Inglaterra. Em Portugal a triagem de Manchester existe desde 15 de outubro de 2000 e foi inicialmente aplicado no Hospital Fernando da Fonseca e Hospital de Santo António (Freitas, 2012).


De acordo com a com a alínea b) do ponto 3 do artigo 22º do Despacho 10319/2014 do MS e com a norma 002/2018 da DGS, todos os serviços de urgência devem dispor de triagem de Manchester (MS, 2014 & DGS, 2018).

É através da escolha de um fluxograma, de entre cinquenta possíveis, com a queixa principal da pessoa que recorre à urgência que o profissional de saúde começa a triar. Existem vários discriminadores distribuídos por cinco cores e quando o triador não consegue negar aquele discriminador é atribuída uma cor que representa o tempo de atendimento (GPT, 2015).



Figura 5: tempo (minutos) máximo para atendimento de acordo com a prioridade no sistema de triagem de Manchester (GPT, 2015).

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

2.4 – Metodologia ABCDE

Segundo a DGS (2010), a sequência “ABCDE” do *American College of Surgeons* é a metodologia universalmente aceite e recomendada em Portugal.

A utilização da metodologia ABCDE, na prestação de cuidados em contextos de urgência e emergência, torna possível a identificação de sinais de doença crítica, que refletem a falência dos sistemas respiratório, cardiovascular e neurológico.

De acordo com o INEM, a prioridade após a reanimação é a avaliação ABCDE, ou seja, assegurar a permeabilidade da via aérea, oxigenação adequada e ventilação eficaz; ritmo cardíaco estável e débito cardíaco eficaz; avaliar o estado neurológico pós-PCR, otimizar a sua recuperação e verificar se há situações que provoquem nova PCR (Madeira et al., 2011).

As recomendações mais recentes do ERC referem que a abordagem ABCDE (anexo 3) deve ser utilizada como forma de prevenir a paragem cardiorrespiratória, pois permite identificar e tratar os problemas potencialmente fatais (ERC, 2015).


2.5 – Medidas terapêuticas

De um modo geral, o tratamento da dor torácica no serviço de urgência compreende um processo desenvolvido em três etapas (Rosário, Ferreira & Cortez, 2013):

- Estabilização e manutenção das funções vitais através da metodologia ABCDE;
- Alívio da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Resolução da dor torácica de acordo com a sua etiologia;

De acordo com a norma 002/2018 da DGS e recomendações europeias, deve ser realizado ECG de 12 derivações nas situações de dor torácica identificadas na triagem e monitorização quando se suspeita de SCA (DGS, 2018 & ESC, 2018).

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

 Unidade Local de Saúde do Alentejo	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

Nos doentes com dor torácica que realizam o ECG, os mesmos devem ser categorizados num dos três grupos (Cacela, Bernardes & Ramos, 2012):

- EAM com supradesnivelamento do segmento ST (EAMCST), nos quais deve ser iniciado o processo de reperfusão, mecânica ou trombólise, sem esperar pelos resultados das enzimas cardíacas (ver anexos 5 e 6);
- SCA sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST), que se subdivide no EAM sem supradesnivelamento do segmento ST (EAMSST) caso as enzimas cardíacas estejam positivas ou angina instável, quando as enzimas cardíacas estão negativas;
- SCA pouco provável, quando não há sinais de isquémia do miocárdio;


Para o *European Resuscitation Council* a dor torácica de origem cardíaca está presente, entre outras situações, na SCA que engloba a angina estável ou instável e os EAM com supra ou infra desnivelamento de ST. Deste modo, os objetivos do tratamento são (ERC, 2015):

- Alívio da dor;
- Restrição da lesão do músculo cardíaco;
- Diminuir o risco de paragem cardíaca;

Para tal, o ERC (2015) e a ESC (2018) sugerem como tratamento imediato de uma SCA, administrar-se:

- Ácido Acetilsalicílico (AAS) 150-300mg, PO, mastigado ou EV (75-250mg);
- Nitroglicerina SL, exceto em doentes hipotensos ou com suspeita de enfarte no ventrículo direito;
- Morfina EV, titulada (4 a 8mg, bólus, podendo repetir-se 2mg de 5 em 5 minutos) para controlo da dor e de modo a evitar depressão respiratória;
- Antieméticos juntamente com os opióides ou caso o doente tenha náuseas;
- Considerar a administração de heparina não fraccionada (HNF) ou heparina de baixo peso molecular (HBPM);

Realização: Enf ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

 Unidade Local de Saúde do Alentejo	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

- Oxigénio humidificado quando o SPO2 é inferior a 90%;
- Benzodiazepina em doentes muito ansiosos.

Nos casos de **EAMCST** a reperfusão coronária ocorre através da ICP para reabrir a artéria, ou, pela administração de fibrinolíticos para dissolver o trombo. De acordo com as últimas recomendações europeias (ERC, 2015) e segundo Cacela, Bernardes & Ramos (2012):


- ICP-primária deve ser realizada, num laboratório de hemodinâmica, aos doentes para os quais o tempo do primeiro contacto entre o médico no serviço de urgência e o momento do cateterismo seja inferior a 2h, sendo que, eventuais atrasos estão associados a mortalidade mais elevada.

As indicações para a reperfusão imediata incluem a apresentação, nas 12h após o início da dor torácica sugestiva de EAM, de supradesnivelamento do segmento ST (> 0,2mV em 2 derivações precordiais contíguas ou > 0,1mV em 2 ou mais derivações dos membros contíguas) ou ondas R e infradesnivelamento do segmento ST em V1-V3 ou ainda, bloqueio de ramo esquerdo de novo.

Recomenda-se ainda a utilização de HNF > 5000U (bólus EV de 60U/kg no máximo de 4000U, seguida de perfusão EV de 12U/kg para um máximo de 1000U/h durante 24/48h) ou enoxaparina (idade <75: bolus EV 30mg seguido 15 minutos depois por 1mg/kg SC; idade > 75: 0,75mg/kg SC).

- A administração de fibrinolíticos representa um benefício clínico quando o tempo de transporte para um laboratório de hemodinâmica é demorado, no entanto, existem contraindicações absolutas (AVC hemorrágico prévio, AVC isquémico nos últimos 6 meses, lesão ou neoplasia do sistema nervoso central, cirurgia major/traumatismo crânio-encefálico/trauma major nas últimas 3 semanas, hemorragia interna ativa ou gastrointestinal no último mês, suspeita de disseção da aorta, doença hemorrágica) e relativas (sistólica superior a 180 mmHg, acidente

Realização: Enf ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	


isquémico transitório nos últimos 6 meses, terapêutica com anticoagulantes orais, gravidez ou pós-parto, úlcera péptica ativa, doença hepática, endocardite, alergia ao fibrinolítico).

A trombólise pode ser realizada com Tenecteplase em bólus EV único (30mg se <60kg; 35mg se 60-69kg; 40mg se 70-79mg; 45mg se 80-89kg; 50mg se > 90kg), Reteplase (10U + 10U bólus EV com 30 minutos de diferença) ou Alteplase (15mg em bólus EV; 0,75mg/kg em 30 minutos, seguido por 0,5mg/kg em 60 minutos; a dose não pode exceder 100mg). Mesmo após a realização da fibrinólise o doente deve ser internado numa unidade de cuidados coronários com monitorização contínua do ECG, pelo risco significativo de nova oclusão e possibilidade de ICP de resgate.

Nos casos de **SCASST**, devem ser utilizadas as seguintes opções terapêuticas, de acordo com o ERC (2015) e segundo Cacela, Bernardes & Ramos, (2012):

- Inibição da agregação plaquetar, que compreende para além do AAS, o ticagrelor (dose de carga são 180mg).
- Administração de terapêutica anti isquémica, nomeadamente, betabloqueantes PO se taquicardia ou hipertensão e sem sinais de insuficiência cardíaca; nitratos EV para alívio da dispneia e/ou dor; antagonistas de cálcio quando betabloqueantes não podem ser administrados.
- Administração de um anticoagulante, como por exemplo, enoxaparina (1mg/kg, SC de 12/12h).
- Inibidores da bomba de protões apenas quando há história de hemorragia gastrointestinal ou úlcera péptica ou em doentes com anti coagulação oral crónica e/ou corticoterapia.
- ICP secundária em menos de 24h (insuficiência cardíaca severa, instabilidade hemodinâmica, arritmias ventriculares ou doentes com GRACE [*Global Registry of Acute Coronary Events*, score calculado online em

Realização: Enfº João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

<https://www.mdcalc.com/grace-ac-s-risk-mortality-calculator>] superior a 140) e/ou em menos de 72h (se persistência dos sintomas e GRACE inferior a 140).

Nos casos de não existir SCA, a dor torácica pode ainda estar relacionada com causas potencialmente fatais, como por exemplo, disseção da aorta, TEP, pneumotórax hipertensivo, tamponamento cardíaco e rutura esofágica (Barbosa et al., 2010).


Causas potencialmente fatais	Principais medidas terapêuticas
Disseção da aorta	Requer tratamento cirúrgico urgente (Antunes et al., 2017).
TEP	Oxigenoterapia, suporte hemodinâmico (através do uso de cristalóides, colóides, noradrenalina e/ou dobutamina), anticoagulação (enoxaparina 1mg/kg/12h SC) e ponderar ventilação mecânica, ecocardiograma, trombólise, embolectomia (Ponce, 2012).
Pneumotórax hipertensivo	Descompressão e colocação de drenagem torácica (Ribeiro & Bugalho, 2012).
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese e ponderar possibilidade de toracotomia e pericardiotomia (Barreiros et al., 2018).
Rutura esofágica	Ponderar ENG, suporte hemodinâmico e endoscopia (Liberato & Canena, 2012).

Tabela 1: relação entre as causas de dor torácica potencialmente fatais e as medidas terapêuticas associadas.

Para além das causas cardíacas, onde se destacam as potencialmente fatais, a dor torácica, segundo Barbosa et al. (2010) pode ter causas músculo-esqueléticas, gastrointestinais, pulmonares ou psicogénicas.

Outras causas de dor torácica	Medidas terapêuticas associadas
Músculo-esqueléticas	Administração de analgésicos, anti-inflamatórios e

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

	corticóides (Barbosa et al., 2010).
Gastrointestinais	Administração de inibidor da bomba de prótons e ponderar a realização de endoscopia (Barbosa et al., 2010).
Pulmonares	Oxigenoterapia, ventilação mecânica, administração de broncodilatadores, corticóides, antibióticos (Ribeiro & Bugalho, 2012).
Psicogénicas	Tratamento da ansiedade e agitação associada à dor torácica através da utilização de analgesia e sedação (Barbosa et al. [2010]; Ponce [2012]).

Tabela 2: relação entre outras causas de dor torácica e medidas terapêuticas associadas

3. OBJETIVO

Uniformizar no SUB de Alcácer do Sal os cuidados de saúde a prestar à pessoa com dor torácica.

4. ÂMBITO


Pessoas sujeitas a triagem com prioridade emergente e muito urgente (vermelho e laranja) no fluxograma dor torácica (anexo 2) no SUB de Alcácer do Sal.

5. RESPONSABILIDADES

5.1 – Conselho de Administração

- Homologar e divulgar a norma;
- Garantir as condições para o seu cumprimento.

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

5.2 – Diretor Clínico

- Conhecer e garantir o cumprimento da norma;
- Promover a existência dos recursos materiais;
- Promover a formação na equipa.
- Manter atualizados os algoritmos clínicos de encaminhamento interno de acordo com a norma 002/2018 da DGS.

5.3 – Médicos

- Conhecer e cumprir a norma;
- Apresentar as sugestões de melhoria.

5.4 – Enfermeiro Chefe

- Conhecer e garantir o cumprimento da norma;
- Promover a existência dos recursos materiais;
- Promover a formação na equipa.


5.5 – Enfermeiros

- Conhecer e cumprir a norma;
- Apresentar as sugestões de melhoria;
- Manter stocks de materiais e produtos farmacêuticos.

5.6 – Assistentes Operacionais

- Conhecer e cumprir a norma;
- Apresentar as sugestões de melhoria;

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

- Colaborar com o médico e enfermeiro no acolhimento do doente sempre que solicitado;
- Colaborar na reposição de stocks.

6. PROCEDIMENTO

6.1 – Médico do SUB

- Avaliar a pessoa com dor torácica;
- Realizar a colheita da história clínica e medicação habitual;
- Solicitar/validar meios complementares de diagnóstico;
- Prescrever/validar a terapêutica protocolada;
- Informar a pessoa/acompanhante sobre as possibilidades diagnósticas;
- Planear a transferência;
- Efetuar registos.


6.2 – Enfermeiro (triagem) do SUB

- Triar a pessoa;
- Solicitar colaboração do assistente operacional para encaminhar a pessoa com dor torácica em cadeira de rodas ou maca até ao leito;
- Informar o médico;
- Informar o enfermeiro da sala de observação;
- Preencher suporte de recolha de dados (anexo 7).

6.3 – Enfermeiro (sala de observação) do SUB

- Avaliar a pessoa com dor torácica de acordo com a metodologia ABCDE;

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

- Monitorizar os sinais vitais, o traçado cardíaco, a glicémia capilar e SPO2;
- Obter ECG de 12 derivações (anexo 4), após validação com o médico;
- Colocar acesso venoso periférico obturado;
- Realizar a colheita de sangue para análises;
- Administrar terapêutica prescrita;
- Efetuar análises prescritas pelo médico;
- Efetuar registos;
- Informar o acompanhante sobre o plano de cuidados;
- Manter vigilância.


6.4 – Assistente operacional do SUB

- Transportar a pessoa com dor torácica em cadeira de rodas ou maca até ao leito;
- Preparar a pessoa para a realização do ECG de 12 derivações em condições de privacidade (posicionar em decúbito dorsal, expor o tórax, membros superiores e tornozelos);
- Realizar o espólio de acordo com a norma de espólio dos utentes (Palmeirinha et al., 2013);
- Disponibilizar as tiras de teste (troponina T, CK-MB, Mioglobina) quando o enfermeiro solicitar;
- Garantir a limpeza e descontaminação dos equipamentos utilizados.

7. REGISTOS

7.1 – Médico

Realização: Enfº João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

Nos registos médicos efetuados no diário clínico das pessoas com dor torácica, triadas com prioridade emergente/muito urgente, deverá estar mencionado o seguinte: anamnese (sinais, sintomas e antecedentes pessoais), exame físico e terapêutica a administrar.

7.2 – Enfermeiro

Nos registos de enfermagem efetuados no diário clínico das pessoas com dor torácica, triadas com prioridade emergente/muito urgente, deverá estar mencionado o seguinte: estado de consciência, pele, sinais vitais (frequência respiratória, frequência cardíaca, pulso, tensão arterial, temperatura e dor), procedimentos realizados (ex: cateterização venosa periférica, colheita de sangue para análises) e medicação administrada.

8. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através de auditorias internas semestrais.

A auditoria interna é uma prática de avaliação objectiva e está destinada a acrescentar valor e a melhorar a qualidade da actividade desenvolvida.


A auditoria será executada através da consulta dos processos clínicos das pessoas com dor torácica triadas pela prioridade emergente e muito urgente.

Assim, a presente norma tem como indicadores de auditoria:

- o Conformidade no procedimento da norma > 75% no 1º semestre após a sua homologação (anexo 8);
- o Conformidade no procedimento da norma > 90% no 2º semestre após a sua homologação (anexo 8).

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

ANTUNES, Inês, MACHADO, Rui, LOUREIRO, Luís, PEREIRA, Carlos, REGO, Duarte, FERREIRA, Vítor, GONÇALVES, João, TEIXEIRA, Gabriela, VEIGA, Carlos, MENDES, Daniel & ALMEIDA, Rui (2017, outubro). Acesso transapical – um acesso complementar para TEVAR na dissecação aórtica tipo A de Stanford. *Publicação oficial Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular*, volume 13, nº 3, 36-40.

BARBOSA, Ana, SILVA, André, CORDEIRO, Andrei, RIBEIRO, Bernardo, PEDRA, Filipe, BORGES, Isabela, RIEVRS, Karina & SERUFO, José (2010). Diagnóstico diferencial da dor torácica: ênfase em causas não coronárias. *Revista Medicina de Minas Gerais*, volume 20, suplemento 1, 24-29.

BARREIROS, Livia, ANDRADE, Filipe, TORRES, Ronaldo, MAGALHÃES, Lucas, FARNETANO, Bruno. & FIORELLI, Rossano. (2018, março). Tamponamento cardíaco por cateter central de inserção periférica em prematuros: papel da ultrassonografia à beira do leito e abordagem terapêutica. *Revista Colégio Brasileiro de Cirurgias*, volume 3, nº 45, 1-7.

BRITO, Ana. (2015). *Caraterização da dor torácica no Serviço de Urgência do Hospital Santo António*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Universidade do Porto – Instituto de Ciências Abel Salazar, Porto.


CACELA, Duarte, BERNARDES, Luís & RAMOS, José (2012). Síndromes Coronárias Agudas. In Ponce, P., *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp. 30-36). Lisboa: Lidel.

DGS (2018). DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Sistemas de Triagem dos Serviços Urgência e Referência Interna Imediata*. Norma 002 de 09 de janeiro de 2018.

DGS (2010). *Criação e Implementação de uma Equipa de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI)*. Circular Normativa nº15 de 22 de junho de 2010.

DGS (2003). *A dor como 5º sinal vital*. Circular Normativa nº 09 de 14 de junho de 2003.

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

 Unidade Local de Saúde do Alentejo	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

DOMINGUES, Gerson & MORAES-FILHO, Joaquim. (2009, julho – setembro). Dor torácica não cardiogénica. *Arquivos de Gastroenterologia*, volume 46, nº 3, 233-240.

ERC (2015). EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL. *Suporte Avançado de Vida – edição 2015 das recomendações ERC*. Cópia pessoal da associação Alento: ID 621080, fornecida pelo Conselho Português de Ressuscitação.

ESC (2018). EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, nº 39, 119-177.

FREITAS, Paulo. (2012). Protocolo de Triagem de Manchester – a gestão de risco como missão do serviço de urgência. In Ponce, P., *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp. 1-8). Lisboa: Lidel.


GALVÃO, Liliana. & PALMEIRINHA, Ana. (2018, abril). *Registo de evacuações do Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal*. Relatório disponibilizado por correio electrónico após solicitação dos dados à Enfª chefe Ana Palmeirinha.

GPT (2015). GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. Sistema de Triagem de Manchester. In www.grupoportuguestriagem.pt. Acedido a 13 de novembro de 2018 em http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=110.

GPT (2010). GRUPO PORTUGUÊS DE TRIAGEM. *Triagem no Serviço de Urgência – Manual do Formando*, 2ª edição. Amadora: Grupo Português de Triagem.

HENRIQUES, Sílvia, LÉLIS, Manuela, JESUS, Herberto & ARAÚJO, Jorge. (2006, abril – junho). Biomarcadores cardíacos nas síndromes coronárias agudas. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, volume 13, nº 2, 113-125.

Realização: Enfª João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

INE (2018). INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Causas de morte 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

IASP (2017). INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Terminology: Pain. In www.iasp-pain.org. Acedido a 10 de novembro de 2018 em <http://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain>.

JUNQUEIRA, Luiz (2015). O eletrocardiograma normal. Acedido a 16 de novembro de 2018 em https://www.researchgate.net/publication/279172838_O_ELETROCARDIOGRAMA_NORMAL.

LEITE, Luís, BAPTISTA, Rui, LEITÃO, Jorge, COCHICHO, Joana, BREDÁ, Filipe, ELVAS, Luís, FONSECA, Isabel, CARVALHO, Armando & COSTA, José (2015, junho). Chest pain in the Emergency department: risk stratification with Manchester triage system and Heart score. *BMC Cardiovascular Disorders*, 15-48.


LIBERATO, Manuel & CANENA, Jorge (2012). Hemorragia aguda digestiva. In Ponce, P., Manual de Urgências e Emergências (2ª edição – pp. 23-30). Lisboa: Lidel.

LOPES, Tiago, GENTILE, Paola, TORRES, Ana, SOUZA, Luana, SILVA, Everton & VILAGRA, Marlon, (2011, julho-dezembro). Dor definitivamente anginosa e suas principais características. *Revista de Saúde de Vassouras*, volume 2, nº 2, 19-28.

MADEIRA, Sofia, PORTO, João, HENRIQUES, Amândio, NIEVES, Fernando, PINTO, Nuno & HENRIQUES, Guilherme (2011). *Manual de Suporte Avançado de Vida*. 2ª Edição. Instituto Nacional de Emergência Médica.

MS (2014).MINISTÉRIO DA SAÚDE. Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República*, 2ª série, nº 153, 20673-20677

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

OE (2015).ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Parecer nº 23*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica.

OE (2011). ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.

PALMEIRINHA, Ana, FAGULHA, Guadalupe & FERREIRA, Gonçalves (2013). *Norma de Procedimento 03/2013 – Espólio dos Utentes*. Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

PONCE, Pedro. (2012). Dor Aguda, Ansiedade e Agitação. In Ponce, P., *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp. 298-301). Lisboa: Lidel.


RIBEIRO, Cepeda. & BUGALHO, António (2012). Pneumotórax. In Ponce, P., *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp. 164-173). Lisboa: Lidel.

ROCHE, Sistemas de Diagnósticos Lda. (2011, setembro). Manual de apoio *cobas h 232*. Amadora: Roche Sistemas de Diagnósticos Lda.

ROSÁRIO, Cristina, FERREIRA, Rute & CORTEZ, Miguel (2013, março). *Dor torácica aguda*. Manual do Curso de Evidência na Emergência, acedido a 15 de novembro de 2018 em https://luzsaude.pt/media/6339640/30_hosparrabida_tertulia_mcee_dortoracicaaguda_abril2013.pdf.

SOUSA, Lídia, MATOS, Pedro. & RAMOS, José (2012). Dor torácica. In Ponce, P., *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp. 23-30). Lisboa: Lidel.

Realização: Enfº João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

	Norma de Procedimento: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal	Data de entrada em vigor:	
		Versão:	
		Próxima revisão:	
		Cód. do documento	

ANEXOS

ANEXO 1 – Cartaz: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica no SUB de Alcácer do Sal

ANEXO 2 – Fluxograma da dor torácica na triagem de Manchester

ANEXO 3 – Abordagem ABCDE

ANEXO 4 – Esquema de realização de ECG de 12 derivações

ANEXO 5 – Características dos biomarcadores

ANEXO 6 – Valores de referência dos biomarcadores

ANEXO 7 – Ficha de sinalização de casos de dor torácica

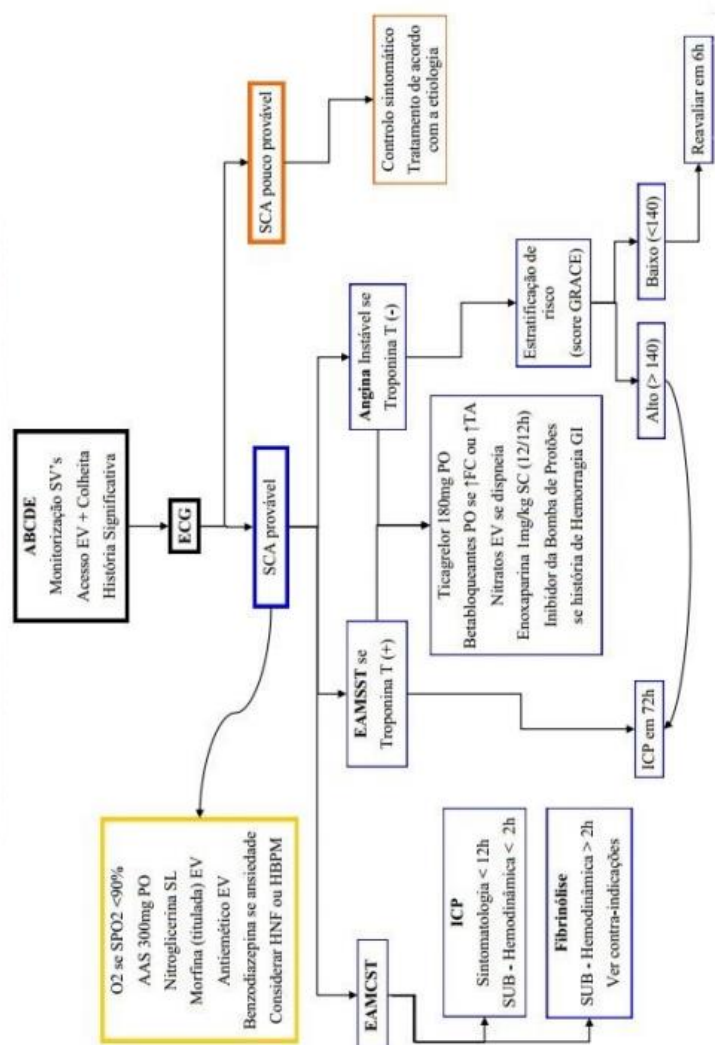
ANEXO 8 – Ficha de auditoria

Realização: En ^o João Pinto	Revisão: Dr. Mário Moreira	Homologação:
		Data:

ANEXO 1

Cartaz: Abordagem à Pessoa com Dor Torácica no SUB de Alcácer do Sal

ABORDAGEM À PESSOA COM DOR TORÁCICA



ANEXO 2

Fluxograma da dor torácica na triagem de Manchester



Tabela 3: fluxograma da dor torácica (GPT, 2010:143).

ANEXO 3

Abordagem ABCDE

Segurança	A segurança do doente, da área de trabalho e dos profissionais de saúde deve ser garantida de imediato.
Estado de consciência	Na abordagem do doente deve-se perceber o estado de consciência e qual a sua aparência geral. Caso o doente esteja inconsciente e não ventile ou apresente uma respiração agónica, entremos no algoritmo de suporte básico de vida e posteriormente, suporte avançado de vida.
Via aérea	Identificar e resolver obstrução; Permeabilizar via aérea com extensão do pescoço e elevação do queixo ou com protusão da mandíbula (em caso de trauma cervical); Utilizar adjuvantes da via aérea quando necessário; Ouvir sons respiratórios a curta distância da face do doente e identificar gorgolejo, estridor ou sibilos; Administrar oxigénio em alta concentração para atingir valores de SPO2 94-98% nas situações de insuficiência cardíaca e 88-92% quando a insuficiência respiratória é hipercápnica;
Respiração	Identificar sinais de dificuldade respiratória (sudorese, cianose, respiração abdominal e utilização de músculos acessórios); Avaliar a frequência respiratória, profundidade, ritmicidade e simetria; Observar deformidades no tórax, ingurgitamento jugular, desvio da traqueia, presença e permeabilidade de drenos torácicos; Monitorizar SPO2 no oxímetro de pulso; Palpar, inspeccionar, percutir e auscultar o tórax; Em caso de profundidade ou frequência respiratória inapropriada, deve-se iniciar ventilação com insuflador manual;
Circulação	Procurar e controlar hemorragias externas visíveis; Observar a pele relativamente à cor, temperatura e humidade; Avaliar o tempo de preenchimento capilar; Palpar pulso periférico e central; Avaliar simetria, frequência, ritmicidade e qualidade do pulso; Monitorizar a frequência cardíaca e pressão arterial; Realizar auscultação cardíaca; Inserir cateteres intravenosos de grande calibre e colher sangue para análises de rotina;

	<p>Iniciar a administração de Soro Fisiológico 0,9% ou Lactato de Ringer (1000ml em caso de hipotensão, 250ml em doentes com insuficiência cardíaca, dispneia ou traumatismo cardíaco e 500ml nas restantes situações);</p> <p>Obter ECG de 12 derivações;</p>
Disfunção neurológica	<p>Avaliar o estado de consciência segundo a escala AVDS (o doente está alerta? Só responde ao estímulo verbal ou doloroso? Está sem resposta?);</p> <p>Excluir causas reversíveis da alteração do estado de consciência induzidas por fármacos;</p> <p>Examinar as pupilas quanto ao tamanho, reatividade e simetria;</p> <p>Avaliar estado de consciência segundo a escala de coma de Glasgow;</p> <p>Determinar a glicémia capilar;</p> <p>Identificar défices neurológicos sugestivos de AVC;</p>
Exposição	<p>Avaliação da dor (localização, irradiação, intensidade, tipo, duração e fatores de alívio/agravamento);</p> <p>Avaliação da temperatura corporal;</p> <p>Completar anamnese;</p> <p>Administrar terapêutica;</p> <p>Efetuar registos;</p> <p>Rever resultados de exames laboratoriais ou radiológicos;</p> <p>Avaliar nível de cuidados para o doente (transferência e/ou tratamento definitivo);</p>

Tabela 4: avaliação e intervenções a realizar na abordagem ABCDE (ERC, 2015).

ANEXO 4

Esquema de realização de ECG de 12 derivações

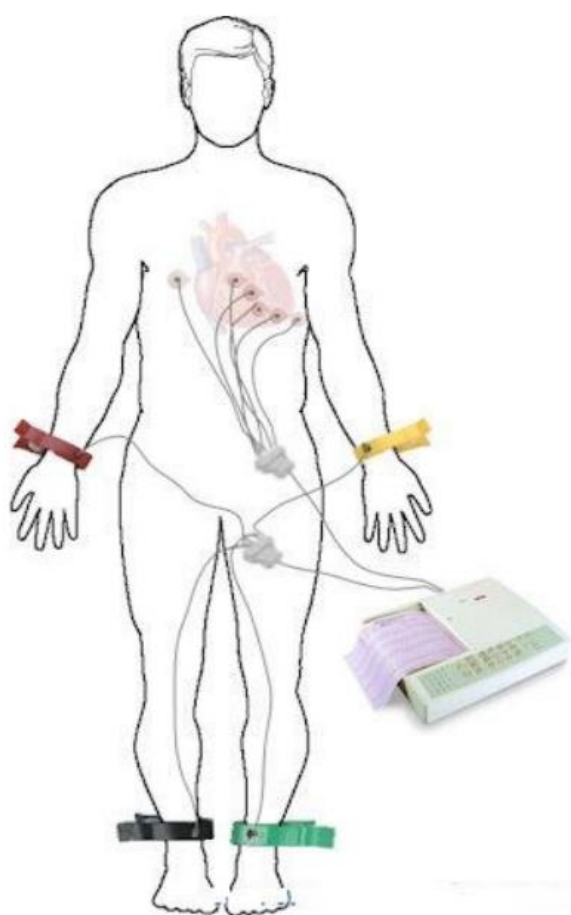


Figura 2: localização dos eléctrodos
(Junqueira, 2015):

- AVR – Membro Superior Direito;
- AVL – Membro Superior Esquerdo;
- AVF – Membro Inferior Esquerdo;
- Neutro – Membro Inferior Direito;
- V1 – quarto espaço intercostal à direita do esterno;
- V2 – quarto espaço intercostal à esquerda do esterno;
- V3 – entre V2 e V4;
- V4 – quinto espaço intercostal na linha média clavicular;
- V5 – na linha axilar anterior, em linha com V4;
- V6 – na linha axilar média, em linha com V4.

ANEXO 5

Características dos biomarcadores

Biomarcadores	Nível sérico			Vantagens	Desvantagens
	Início da libertação após EAM:	Pico após EAM:	Retor no aos níveis basais após:		
CK-MB	4-6h;	14-36h;	42-72h;	Disponibilidade analítica; Baixo custo; Diagnóstico do reenfarte;	Elevação dos níveis em situações de: - Exercício físico intenso; - Traumatismos; - Processo inflamatório; - Neoplasia;
Troponina T	4-6h;	12-48h;	7-21 Dias;	Permite o diagnóstico do EAM sem supradesnívelamento de ST (anteriormente era classificado como Angina Instável);	Elevação dos níveis em situações de: - Insuficiência Renal Crônica; - Aneurisma da aorta; - Trauma torácico; - Insuficiência Cardíaca Congestiva; - Choque séptico; - Cardiotoxicidade medicamentosa; - TEP;
Mioglobina	2h	6-12h	24h	Diagnóstico precoce do EAM;	Elevação dos níveis em situações de: - Lesão mínima do músculo-esquelético;

Tabela 5: características dos biomarcadores (Henriques et al., 2006).

ANEXO 6

Valores de referência dos biomarcadores

Biomarcadores	Risco de EAM	
	Elevado	Baixo
CK-MB	> 7 ng/ml, homens	< 7 ng/ml, homens
	> 4 ng/ml, mulheres	< 4 ng/ml, mulheres
Troponina T	> 40 ng/L	< 40 ng/L
Mioglobina	> 76 ng /ml, homens	< 76 ng/ml, homens
	> 64 ng/ml, mulheres	< 64 ng/ml, mulheres

Tabela 6: valores de referência dos biomarcadores atualmente existentes no SUB (Roche, 2011), podendo ser alterados se forem introduzidos outras tiras de teste.

ANEXO 7

Ficha de sinalização de casos de dor torácica



SUB DE ALCÁCER DO SAL

Ficha de sinalização dos casos de dor torácica			
Data	Identificação do utente (SNS)	Prioridade	
		Emergente	Muito Urgente

ANEXO 8

Ficha de auditoria



Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E		Data:
Auditoria à Norma De Procedimento – Abordagem à Pessoa com Dor Torácica no SUB de Alcácer do Sal		
Auditor Coordenador:		Serviço/UF: SUB de Alcácer do Sal
Auditor:		
Auditor:		
		Responsável do Serviço/UF:

Lista de Verificação da Norma	C	NC	NA	Observações/Evidências
1. O cartaz: abordagem à pessoa com dor torácica no SUB de Alcácer do sal encontra-se visível?				
2. A ficha de sinalização de casos de dor torácica triados com prioridade emergente/muito urgente encontra-se em local protegido, apenas ao alcance dos enfermeiros da triagem?				
3. Foi realizado ECG a todas as pessoas triadas com prioridade emergente/muito urgente no fluxograma dor torácica?				
4. O tempo desde a triagem até à realização do ECG foi inferior a 10 minutos?				
5. Foi realizada monitorização de sinais vitais, traçado cardíaco, SPO2 e glicémia capilar a todas as pessoas com prioridade emergente/muito urgente no fluxograma dor torácica?				
6. O electrocardiograma apresenta bom aspeto geral e material necessário à realização do ECG (elétrodos, gel, solução alcoólica)?				
7. Localização do electrocardiograma acessível e visível?				
8. As tiras de teste (troponina T, CK-MB, Mioglobina) estão armazenadas no frigorífico em local visível?				
9. Existe evidência de que o serviço de urgência do adulto tem implementada a Norma?				
10. O enfermeiro preenche, correta e completamente, os registos no SClinico?				
11. O médico preenche, correta e completamente, os registos no SClinico?				

Legenda: C-Conforme; NC-Não Conforme; NA-Não aplicável

Observações e Sugestões

Apêndice F – Correio eletrónico enviado à comissão de qualidade e segurança do doente da ULSLA com a norma de procedimento

18/03/2019


Correio — João Carlos Cordeiro Antunes Pinto — Outlook

Proposta de norma de procedimento

João Carlos Cordeiro Antunes Pinto

qui, 28/02/2019 10:00

Para: Comissão de Qualidade e Segurança <ULSLA.comissao.qualidade.seguranca@ulsla.min-saude.pt>

 2 anexos (2 MB)

NORMA DE PROCEDIMENTO - abordagem à pessoa com dor torácica no SUB de Alcácer do Sal.docx; NORMA DE PROCEDIMENTO - abordagem à pessoa com dor torácica no SUB de Alcácer do Sal.pdf;

Boa tarde

Eu, João Carlos Cordeiro Antunes Pinto, Enfermeiro (Nº mecanográfico 61565) no Serviço de Urgência Básica (SUB) de Alcácer do Sal, estudante de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, venho por este meio submeter para apreciação uma proposta de norma de procedimento, a qual envio em anexo em formato word e pdf ("NORMA DE PROCEDIMENTO - abordagem à pessoa com dor torácica no SUB de Alcácer do Sal").

A presente norma, elaborada com a colaboração do Dr. Mário Moreira e com o conhecimento da Enfermeira Chefe e da Médica Coordenadora do SUB, tem como objetivo uniformizar os cuidados prestados à pessoa com dor torácica no SUB de Alcácer do Sal.

Agradeço desde já a Vossa atenção e disponibilidade para com este assunto.

Sem outro assunto,
João Pinto

Apêndice G – Apresentação *PowerPoint* sobre o erro terapêutico



ERRO TERAPÊUTICO

Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital do Litoral Alentejano

Docente: PhD Dulce Santiago
Orientador(a): En^ª Esp. Eulália Luís
Discente: En^ª João Pinto

Junho
2018

Objetivos

- Contextualizar a temática no âmbito da qualidade em saúde e da segurança do doente;
- Caracterizar o erro terapêutico;
- Enumerar os tipos de erros;
- Elucidar sobre as possíveis causas do erro terapêutico;
- Mostrar exemplos de estratégias para a prevenção do erro, nomeadamente as normas da DGS relativas aos medicamentos LASA e de alerta máximo;
- Dar a conhecer a plataforma notific@.

Sumário

- Qualidade em saúde;
- Segurança do doente;
- Erro terapêutico;
- Tipos de erro;
- Possíveis causas do erro;
- Estratégias de prevenção do erro;
- Medicamentos LASA e de alerta máximo
- Consulta da plataforma notific@;

Qualidade em saúde



Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão

Pressupõe

Adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão

"Qualquer contexto económico-financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde" (MS, 2015a:13551).

Conceitos associados:

Efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e respeito (Campos, Saturno & Carneiro, 2010)

Segurança do Doente

“ausência de dano não necessário real ou potencial, provocado pelos cuidados de saúde” (Campos, Saturno & Carneiro, 2010:22).

Plano
Nacional de
Segurança
do Doente
2015-2020

Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;

Aumentar a segurança da comunicação;

Aumentar a segurança cirúrgica;

Aumentar a segurança na utilização da medicação;

Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;

Prevenir a ocorrência de quedas;

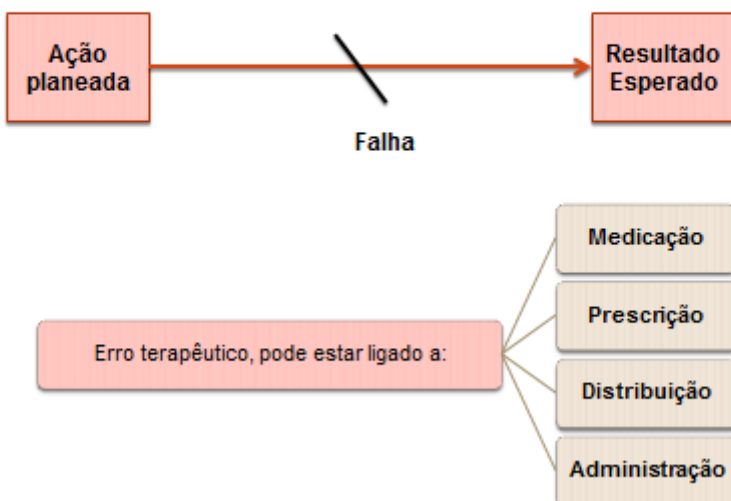
Prevenir a ocorrência de úlceras por pressão;

Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;

Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos;

MS (2015b)

Erro Terapêutico



Anacleto et al., 2010

Tipos de Erro

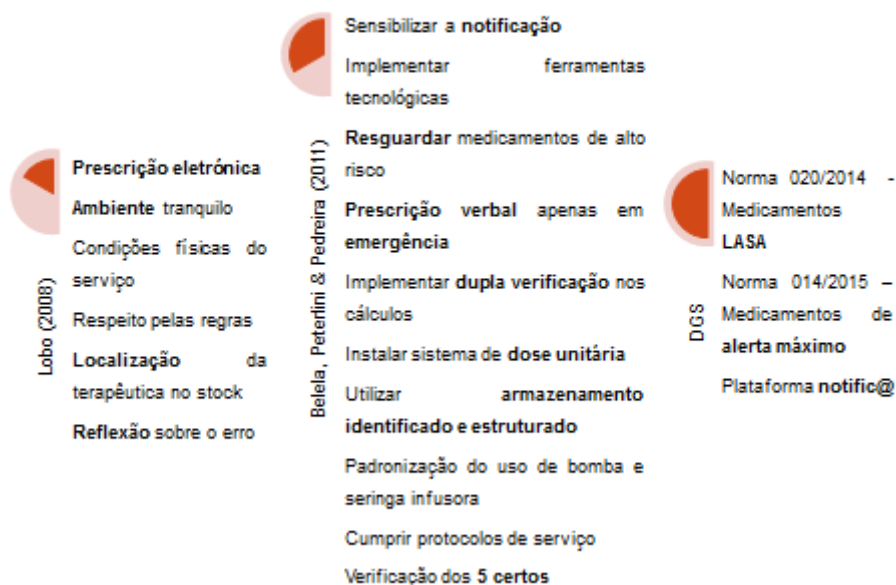
<p>Medicação:</p> <p>acontece quando uma situação que poderia ter sido evitada, proporcionou o uso inadequado de um medicamento, podendo ou não, provocar lesão no doente</p>	<p>Prescrição:</p> <p>decisão não intencional do profissional de saúde optar por determinada terapêutica que agrava a patologia subjacente ou diminui a probabilidade de tratamento da mesma</p>	<p>Distribuição:</p> <p>terapêutica distribuída não vai corresponder à que está prescrita</p>	<p>Administração:</p> <p>preparação ou administração de terapêutica diferente daquilo que é a prescrição médica ou do que está protocolado em serviço</p>
--	---	--	--

Anacleto et al., 2010

Possíveis Causas do Erro

Anacleto et al. (2010)	Lobo (2008)	Dinis & Gomes (2008)
Informação sobre o doente	Barulho	Utilização de abreviaturas na transcrição da medicação
Informação sobre o medicamento	Interrupções	
Comunicação	Fadiga	
Rotulagem, embalagem e nome dos medicamentos	Sobrecarga de trabalho	
Dispensação e acondicionamento	Iluminação deficitária	Utilização de seringas parentais para administração de soluções orais
Dispositivos de administração de terapêutica	Armazenamento inadequado	
Fatores ambientais	Inexperiência	
Educação profissional	Défice na formação	
Educação do doente	Falhas na comunicação	

Estratégias de Prevenção do Erro



Medicamentos LASA e de Alerta Máximo: exemplo da aplicação das normas DGS



Plataforma
notific@

<https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/notificacao-sistema-nacional-de-notificacoes-de-incidentes-e-de-eventos-adversos.aspx>



SABE QUE PODE CONTRIBUIR ATIVAMENTE PARA MELHORAR A SEGURANÇA DOS DOENTES?
Do you know that you can actively contribute to improve patient safety?

NOTIFIQUE OS INCIDENTES NO SISTEMA NACIONAL notific@
Please notify all incidents at the National System notific@

ANÔNIMO, GRATUITO E DE FÁCIL UTILIZAÇÃO
It is anonymous, free of charge and easy to use

Notificar incidentes quer dizer notificar todos os incidentes relacionados com:	Notify incidents does not mean notify everything related to:
- ACESSO	- ACCESS
- COMPORTAMENTO/ VIOLÊNCIA	- BEHAVIOUR / VIOLENCE
- DIAGNÓSTICO	- DIAGNOSIS
- DIETA/ALIMENTAÇÃO	- DIET/ HEALTHY EATING
- EQUIPAMENTO MÉDICO	- MEDICAL EQUIPMENT
- IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE	- PATIENT IDENTIFICATION
- INFECÇÃO	- INFECTION
- INSTALAÇÕES	- FACILITIES
- MEDICAMENTOS	- DRUGS / MEDICATION
- ORGANIZAÇÃO	- ORGANIZATION
- QUEDAS	- FALLS
- SANGUE	- BLOOD
- TRATAMENTO	- TREATMENT
- ÚLCERA POR PRESSÃO / FERIDAS	- PRESSURE ULCERS / WOUNDS

CONTAMOS COM A SUA PARTICIPAÇÃO. NOTIFIQUE!
VÁ A WWW.DGS.PT/NOTIFICA
We count on your participation. Notify! Please go to www.dgs.pt/notifica

QUESTÕES

?

QUESTÕES

OBRIGADO

‘Errar é humano, logo não existem sistemas livres de erros’

Reason (1990) citado por Anacleto et al. (2010:19)

Referências Bibliográficas

- Anacleto, T.; Rosa, M.; Nelva, H. & Martins, M. (2010, janeiro/fevereiro). Erros de Medicação. *Revista Pharmacia Brasileira*, 1-18.
- Belela, A. Peterlini, M. & Pedreira, M. (2011). Erros de Medicação: Definições e Estratégias de Prevenção. Pós-Graduação em Enfermagem. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. São Paulo.
- Campos, L.; Saturno, P. & Camello, A. (2010, dezembro). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 9 de Junho de 2018, disponível em <http://1nj5ms2lll5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>
- Dinis, E. & Gomes, M. (2008, agosto). Causas de erros na medicação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 5-14.
- DGS (2015b). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Norma 020/2014 de 30/12/2014, atualizada a 14/12/2015.
- DGS (2015a). Medicamentos de Alerta Máximo. Norma 014/2015 de 06/08/2015, atualizada a 14/12/2015.
- Lobo, A. (2008). *O Erro na Administração de Medicação – Causas e Fatores Contributivos e Atitudes dos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau Mestre em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Ministério da Saúde [MS] (2015a). Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. *Diário da República*, 2ª série, nº 102, 13550-13553
- MS (2015b). Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República*, 2ª série, nº 28, 3882-(2) – 3882-(10)

Apêndice H – Apresentação *PowerPoint* sobre a norma regulamentar: carro de emergência, mala de emergência e mala de transferência



Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano
Serviço de Urgência Básica de Alcácer do Sal

NORMA REGULAMENTAR: CARRO DE EMERGÊNCIA, MALA DE EMERGÊNCIA E MALA DE TRANSFERÊNCIA

Enfº João Pinto

Janeiro
2019





NORMA REGULAMENTAR: CARRO DE EMERGÊNCIA, MALA DE TRANSFERÊNCIA E MALA DE EMERGÊNCIA

Orientação da DGS
008/2011

- Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde

Objetivos da Norma
regulamentar

- Normalizar a composição CE/ME/MT na ULSLA
- Definir responsabilidades em relação ao CE/ME/MT
- Garantir operacionalidade do CE/ME/MT



RESPONSABILIDADES

Conselho de Administração	Comissão de Qualidade e Segurança	Grupo de trabalho – práticas seguras da medicação	Enfermeiros chefes	Enfermeiros responsáveis	Utilizadores CE/MT/ME
Homologação, publicação e cumprimento da norma	Validação, monitorização e propostas de alteração à norma	Realizar auditorias e propor medidas corretivas	Nomear Enfermeiro responsável e garantir cumprimento	Verificação periódica, compilar sugestões de melhoria e participar em planos de melhoria	Reposição de material, selagem após cada utilização e garantir funcionalidade de equipamentos



MALA DE EMERGÊNCIA (Localização)

UCSP de Alcácer do Sal

Extensões:

- Palma
- Casebres
- Comporta
- Torrão
- Montevil
- Santa Susana



MALA DE EMERGÊNCIA



Airway

Máscaras laringeas



Breathing

Insuflador manual
Máscara de alta
concentração O2
Máscara Venturi c/ kit
de válvulas
Máscara com
nebulizador
Óculos nasais



Circulation

Monitor de Pressão
Arterial + Pulsoxímetro
Acesso venoso
periférico



MALA DE EMERGÊNCIA

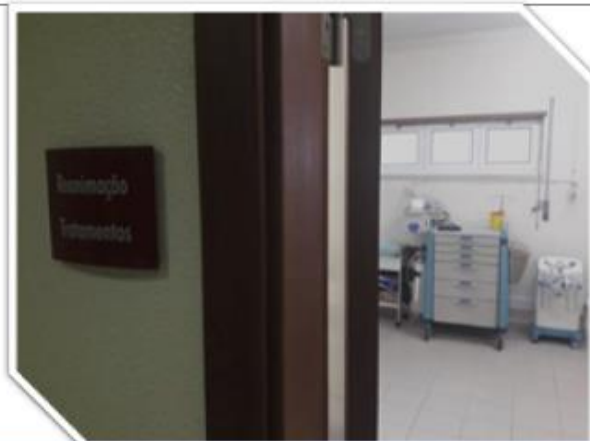


CARRO DE EMERGÊNCIA





CARRO DE EMERGÊNCIA (Localização)



CARRO DE EMERGÊNCIA



Airway

Tubos orofaríngeos
Tubos endotraqueais
Máscaras laríngeas
Kit cricotiroidectomia
Entubação gástrica



Breathing

Insuflador manual
Máscara de alta
concentração O2
Máscara Venturi c/ kit
de válvulas
Máscara com
nebulizador
Óculos nasais



Circulation

Monitor desfibrilhador
(Zoll)
Acesso venoso
periférico
Acesso intraósseo
Algáliação



**E
M
E
R
G
Ê
N
C
I
A**
**C
A
R
R
O
D
E**



Via aérea

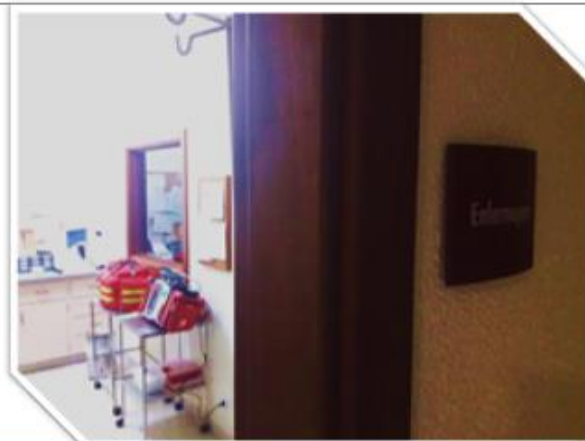
Fármacos

Circulação

Ventilação



MALA DE TRANSFERÊNCIA (Localização)





MALA DE TRANSFERÊNCIA



Airway

Tubos orofaríngeos
Tubos nasofaríngeos
Tubos endotraqueais
Máscaras laringeas
Entubação gástrica



Breathing

Insuflador manual
Máscara de alta
concentração O2
Máscara Venturi c/ kit
de válvulas
Máscara com
nebulizador
Óculos nasais



Circulation

Monitor desfibrilhador
(Philips)
Acesso venoso
periférico



MALA DE TRANSFERÊNCIA

Via aérea

Fármacos

Ventilação

Circulação





DOSSIER: CE & MT



Ficha de <u>verificação</u> do CE e MT		Diária		Turno da Manhã		
		Semanal		2ª feira no turno da Manhã		
Ficha de <u>utilização</u> do CE e MT			após cada utilização			
Ficha de <u>verificação</u> do CE e MT		Mensal	CE	Primeira 4ª feira do mês, no turno da Manhã		
			MT	Primeira 5ª feira do mês, no turno da Manhã		
Instruções de teste aos desfibriladores			Ficha de auditoria ao CE e MT			

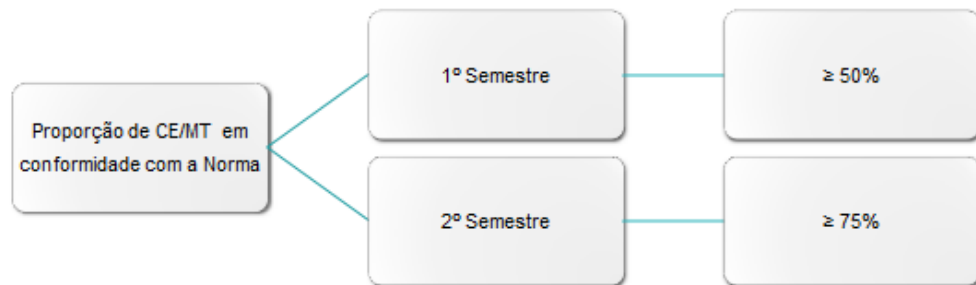


RECOMENDAÇÕES

- o Reposição imediata de gastos
- o Verificações realizadas em conjunto: Enfermeiro responsável e outro Enfermeiro do serviço
- o Auditorias uma vez por semestre
- o Promover rotatividade de dispositivos médicos e fármacos: prazos de validade



AVALIAÇÃO



QUESTÕES





OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO



BIBLIOGRAFIA

Direção Geral da Saúde (2011). Orientação N° 008/2011 de 28 de março: *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde.

Pinto, A.; Sobral, A.; Barros, J.; Teixeira, J.; Sousa, L.; Pereira, N.; Fernandes, P. & Gomes, V. (2017). *Norma regulamentar: carro de emergência, mala de transferência e mala de emergência*. Versão 1. Código NR-ULSLA-3. Homologação: 08/11/2017.

Apêndice I – Resumo do artigo de investigação: abordagem à pessoa com enfarte agudo do miocárdio num serviço de urgência básica

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2018/2019

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO FINAL

**ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO: ABORDAGEM DA
PESSOA COM ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO
NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA BÁSICA.**

Docente:

Professora Doutora Dulce Santiago

Discente:

Enfº João Pinto

Orientadora:

Enfª Especialista Delmira Lino

Janeiro

2019

Abordagem da pessoa com enfarte agudo do miocárdio num serviço de urgência básica.

Resumo

Enquadramento: Um serviço de urgência básica (SUB) destina-se à estabilização inicial de situações urgentes, como é o caso da pessoa com enfarte agudo do miocárdio (EAM). **Objetivo:** Conhecer os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com EAM num SUB.

Metodologia: Estudo retrospectivo, quantitativo e descritivo. Foram analisados os processos clínicos de 24 pessoas, diagnosticadas com EAM num SUB e transferidas por equipa médica entre janeiro de 2017 e novembro de 2018.

Resultados: A sintomatologia inicial foi dor torácica, em 71% dos casos. A todos as pessoas com EAM, para além do eletrocardiograma de 12 derivações (ECG), foram realizadas: cateterização venosa periférica, colheita de sangue para determinação do valor dos marcadores cardíacos, administração de medicação e avaliação de sinais vitais.

Conclusão: As últimas guidelines sugerem a implementação de protocolos que permitam otimizar a abordagem a pessoas com EAM. Como tal é essencial analisar a prática atual num SUB e refletir sobre a necessidade da criação de um protocolo para otimizar os cuidados à pessoa com EAM.

Palavras-chave: enfarte agudo do miocárdio; urgência básica; sintomatologia; intervenções.

Approach to the person with acute myocardial infarction in a basic emergency service.

Abstract

Context: The basic emergency department (BES) is intended for initial stabilization of urgent situations, such as the person with acute myocardial infarction (AMI).

Objective: To know the nursing care provided to the person with AMI in a BES.

Methodology: Retrospective, quantitative and descriptive study. We analyzed the clinical processes of 24 people, diagnosed with AMI in the BES and transferred by medical team between January 2017 and November 2018.

Results: The initial symptomatology was chest pain, in 71% of the cases. All patients with AMI, in addition to 12-lead electrocardiogram (ECG), were performed: peripheral venous catheterization, blood collection to determine the value of cardiac markers, administration of medication and evaluation of vital signs.

Conclusion: The last guidelines suggest the implementation of protocols that allow to optimize the approach to people with AMI. As such it is essential to analyze the current practice in a BES and to reflect on the need to create a protocol to optimize care for the person with AMI.

Keywords: acute myocardial infarction; basic urgency; symptomatology; interventions.

Apêndice J – Projeto de estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação 2017-2018

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

PROJETO DE ESTÁGIO: SERVIÇO DE URGÊNCIA MÉDICO-CIRÚRGICA DO HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO

Docente:

Professora Doutora Dulce Santiago

Orientador(a):

Enfermeira Especialista Delmira Lino

Discente:

Enfermeiro João Pinto

**Outubro
2018**

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

Abreviaturas e símbolos

AO – Assistentes Operacionais

HLA – Hospital do Litoral Alentejano

OE – Ordem dos Enfermeiros

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIV – Suporte Imediato de Vida

SO – Serviço de Observação

SUB – Serviço de Urgência Básica

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, do 2º ano, 1º semestre, do ano letivo 2018-2019, do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal foi proposto aos estudantes a realização de um projeto de estágio.

A realização do projeto de estágio tem como finalidade definir um conjunto de atividades a serem desenvolvidas para que possam ser adquiridas as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista, assim como as de Mestre.

O estágio final decorre no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) do Hospital do Litoral Alentejano (HLA), que está integrado na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA), e tem a duração de 388 horas, entre as quais 336 horas são destinadas à prestação de cuidados. A escolha de um SUMC para a realização do estágio final deve-se ao facto de ser um contexto que se aproxima do meu contexto profissional que é um Serviço de Urgência Básica (SUB), que porventura ambos estão integrados na ULSLA. Deste modo, pretendo adquirir as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre durante o estágio final e através da realização de um projeto de intervenção, o qual possa aplicar no meu contexto profissional que é um SUB.

O enquadramento teórico deste projeto de estágio engloba uma abordagem a uma teoria de enfermagem que se adequa à prestação de cuidados em contexto de urgência/emergência e uma caracterização do SUMC do HLA, local onde decorre o estágio final, na grande maioria das intervenções.

De acordo com os objetivos da Unidade Curricular Estágio Final serão apresentadas as atividades a desenvolver e quais as competências (comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre) a adquirir. É neste âmbito que surge também mencionada a realização de um projeto de intervenção.

Num último capítulo, surge uma reflexão sobre a realização do projeto de estágio e da forma como estão construídas as atividades a desenvolver, quer pela sua importância, quer pela sua exequibilidade.

O presente projeto de estágio encontra-se redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico e segue as orientações da *American Psychological Association* – APA.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – A TRANSIÇÃO

A realização de um estágio em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica em contexto de urgência/emergência pressupõe por parte do estudante uma escolha de uma teoria de enfermagem que confira suporte à sua prática clínica e desenvolvimento profissional. Após uma leitura sumária sobre as teorias leccionadas na Unidade Curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica I, a teoria das transições de Afaf Meleis adequa-se ao contexto de estágio pois os serviços de urgência são muitas vezes a porta de entrada nos serviços de saúde e quando ocorre uma súbita alteração no estado de saúde, a pessoa recorre ao serviço de urgência, entrando assim num processo de transição saúde/doença.

Entende-se por transição, a passagem de uma situação estável para outra situação estável, através de um conjunto de etapas com objetivos definidos, sendo que os resultados dependem do conhecimento da situação e da envolvimento por parte da pessoa em processo de transição. Neste processo de transição, o enfermeiro desempenha um papel fundamental e, como tal, o conhecimento sobre as intervenções terapêuticas deve aprofundado (Meleis, 2010).

A operacionalização da teoria das transições surge no processo de enfermagem como o foco do diagnóstico de enfermagem e para as quais as intervenções devem ser delineadas, ou seja, o enfermeiro deve procurar identificar na pessoa os fatores que influenciam o processo de transição saúde/doença e planear as intervenções para uma transição saudável (Meleis, 2010). Segundo Brito (2012), a aplicação da teoria das transições na prestação de cuidados de enfermagem facilita o planeamento das intervenções, no âmbito do processo de enfermagem.

Em suma, no contexto de urgência/emergência o facto de os enfermeiros compreenderem e aplicarem a teoria das transições no processo de enfermagem, leva a uma melhor qualidade de vida em processos de transição de doença aguda, isto é, em situação crítica. Tal como nos comprovam os trabalhos de Mendes, 2009 (factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença na pessoa com insuficiência cardíaca) e Afonso, 2013 (artigo sobre o cuidado à pessoa e família em situação crítica a vivenciar processos de transição).

2 – CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio final desenvolve-se em contexto de urgência/emergência, no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) do Hospital do Litoral Alentejano (HLA), integrado na Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA).

A ULSLA foi criada em 2012, a partir do Decreto-Lei 238/2012 de 31 de outubro, em que uniu o agrupamento de centros de saúde do Alentejo Litoral e o HLA, servindo uma população de 97414 habitantes de um conjunto de cinco concelhos: Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém, Sines e Odemira (Araújo et al., 2014).

“O presente decreto -lei procede, assim, à criação da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, procurando criar as condições de oferta que permitam rentabilizar a capacidade existente no hospital e nos centros de saúde com a integração efetiva dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados no Alentejo Litoral, mantendo um compromisso com a sustentabilidade económico-financeira e com o aumento do acesso e qualidade de serviços de saúde” (MS, 2012:6288).

No que diz respeito aos serviços de urgência, a ULSLA passa a integrar dois SUB e um SUMC. O SUMC situa-se no HLA (a cerca de 5 minutos de Santiago do Cacém). Em relação à distância em tempo dos SUB para o SUMC do HLA, o SUB de Odemira situa-se a cerca de 60 minutos a sul e o SUB de Alcácer do Sal a cerca de 45 minutos a norte. Deste modo, e segundo o Ministério da Saúde (MS, 2014), o SUMC é o segundo nível de acolhimento para as situações de urgência e deverá existir em rede articulada com os SUB e serviços de urgência polivalente (SUP). Refere ainda o despacho nº 10319/2014 (MS, 2014) que cada SUMC deve distar mais de 60 minutos de outro SUMC.

Segundo dados obtidos através do relatório diário dos serviços de urgência, documento elaborado e atualizado em permanência pelo gabinete de planeamento e apoio à gestão da ULSLA, recorreram ao SUMC do HLA 37802 pessoas desde o início do ano até dia 12 de outubro (média de 133 pessoas por dia no SUMC do HLA), sendo que 2875 pessoas necessitaram de internamento neste SUMC que dispõe das valências de Medicina, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia (radiografia, ecografia e tomografia computadorizada) e Patologia Clínica (MS, 2014).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica neste SUMC desenvolve-se sobretudo na sala de emergência e no serviço de observação, onde os doentes necessitam de vigilância e observação sistematizada (MS, 2014), podendo também passar pela triagem, uma vez que é competência do Enfermeiro Especialista – em Enfermagem Médico-cirúrgica: A

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

trauma. Por fim, o mesmo documento faz menção às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica (MS, 2014:20677).

Após uma breve análise daquelas que são as orientações do ponto de vista legal, importa descrever as equipas que constituem o SUMC do HLA:

- A equipa médica:

A equipa médica do SUMC do HLA é constituída por 2 médicos de clínica geral, 2 assistentes de medicina interna, 2 assistentes de cirurgia geral, 2 assistentes de ortopedia, 1 médico escalado na urgência de pediatria (pediatra ou clínico geral), sendo que um dos médicos assegura a chefia da equipa. É comum também a presença de internos de medicina, cirurgia e ortopedia na escala do serviço de urgência. A escala é atualizada diariamente, pois os turnos médicos são, habitualmente, de 12 ou 24h.

- A equipa de enfermagem:

A equipa de enfermagem do SUMC do HLA é constituída por um total de 41 enfermeiros, dos quais 1 assume funções de gestão (coordenador), 1 com licença de doença prolongada e 1 com indicação médica para evicção de esforços. Cerca de 28% dos enfermeiros são especialistas (11), 6 na área do doente crítico, 2 na área da reabilitação, 3 na área da pediatria e a mesma percentagem (28%) tem menos de 2 anos de experiência no SU.

A distribuição da equipa de enfermagem nos turnos da manhã, tarde e noite, pretende assegurar os seguintes postos de trabalho: urgência de pediatria (1 elemento), triagem de adultos (1 elemento), sala de emergência (1 elemento), sala aberta (2 elementos), balcões de ortopedia e cirurgia (1 elemento), serviço de observação (3 elementos).

- A equipa de assistentes operacionais (AO):

Atualmente a equipa de AO é constituída por 23 elementos, dos quais 2 têm indicação médica para evicção de esforços. Os postos de trabalho definidos para os AO são: Triagem/Sala de Emergência (SE); Pediatria; Sala Aberta; Balcão de cirurgia/ortopedia; SO.

O AO é o "(...) profissional que auxilia na prestação de cuidados de saúde aos utentes, na recolha e transporte de amostras biológicas, na limpeza, higienização e transporte de roupas, materiais e equipamentos, na limpeza e higienização dos

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

- Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo.

De acordo com os objetivos de aprendizagem anteriormente enumerados, foram delineadas um conjunto de atividades a desenvolver na prática clínica em contexto de estágio, na investigação e formação externa.

As competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a adquirir com a realização das atividades, estão mencionadas e relacionadas com o contexto da prática clínica e da investigação.

As competências de Mestre, embora não mencionadas diretamente, estão inerentes à construção do projeto de estágio e, com a realização do relatório de estágio, serão analisadas a sua aquisição.

Por fim, foi elaborada uma tabela em formato horizontal com as colunas Objetivos de Aprendizagem/Atividades/Competências Comuns/Competências Específicas que representa a articulação entre os objetivos de aprendizagem, atividades e competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

<u>Objetivos</u>	<u>Atividades</u>	<u>Competências Comuns</u>	<u>Competências Específicas</u>
Integrar princípios das teorias e modelos conceituais em enfermagem médico-cirúrgica no processo de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> Leitura e análise da colectânea de teorias da Unidade Curricular de Enfermagem Médico-cirúrgica I; Integração de uma teoria escolhida que fundamente a prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica em contexto de urgência/emergência, 	D1.1 – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;	
Desenvolver a prática clínica à pessoa/família em situação crítica e/ou falência orgânica, fundamentada em sólidos padrões de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/família em situação crítica em contexto de urgência/emergência: <ul style="list-style-type: none"> Ter em conta a proteção individual e de <u>segurança na abordagem</u> à pessoa/família em situação crítica; Dominar o algoritmo de <u>Suporte Avançado de Vida</u>; Utilizar a <u>metodologia ABCDE</u> (<i>Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure</i>) na abordagem à pessoa em situação crítica Realizar intervenções de enfermagem que 	A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos; A2.2 – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente; B2.1 – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado; B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e	K1.1 – Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; K1.2 – Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; K1.3 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica ou falência orgânica, otimizando as respostas;

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

	<p>permitam a <u>manutenção da via aérea permeável</u> (posição lateral de segurança, subluxação da mandíbula, aspiração de secreções, colocação de tubo orofaríngeo/nasofaríngeo, colocação de máscara laríngea, colaboração na entubação endotraqueal, visualização de kit de cricotiroidectomia e entubação nasogástrica);</p> <p>- Realizar intervenções de enfermagem que permitam a <u>promoção da ventilação</u> (gerir oxigenoterapia, monitorizar oximetria de pulso, demonstrar conhecimentos sobre ventilação invasiva e não invasiva, monitorizar capnografia em doentes entubados, detetar alterações que comprometam a ventilação, colaborar em procedimentos invasivos [ex: colocação de dreno torácico]);</p> <p>- Realizar intervenções de enfermagem que permitam a <u>manutenção da circulação</u> (controlar hemorragia exsanguinante, demonstrar conhecimentos sobre avaliação da</p>	<p>espírito gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo;</p> <p>B3.2 – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais;</p>	<p>K1.4 – Assiste a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica;</p>
--	--	---	---

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

	<p>perfusão e sinais precoces de choque, monitorização não invasiva de sinais vitais, interpretação de valores e traçados, colocação de acessos venosos periféricos, colaboração na cateterização venosa central, colocação de acesso intra-ósseo, colheita de sangue para análises e realização de algaliação);</p> <p>- Realizar intervenções de enfermagem que permitam a <u>avaliação da disfunção neurológica</u> (avaliar estado de consciência através da escala AVDS [está alerta, responde ao estímulo verbal, responde ao estímulo doloroso, sem resposta] e escala de coma de Glasgow, avaliação pupilar, determinação de glicemia capilar e interpretação de valores, identificação de sintomatologia que leve ao accionamento da via verde AVC</p> <p>- Colaborar no <u>exame físico detalhado</u> (avaliar e tratar feridas traumáticas, demonstrar conhecimentos sobre a abordagem ao doente queimado, colaborar em procedimentos de</p>		
--	---	--	--

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

	<p>pequena cirurgia);</p> <p>- Colaborar na colheita de dados, seguindo a mnemónica <u>SAMPLE</u> (sintomatologia, alergias, medicação habitual, antecedentes clínicos, última refeição e eventos relevantes);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efetuar registos de enfermagem no <i>ALERT</i>; • Realizar transmissão de informação seguindo a mnemónica SAAR (situação, antecedentes, avaliação e recomendações); • Conhecimento das rotinas inerentes a cada turno (manhã, tarde e noite); • Aquisição de conhecimentos através da participação em congressos e encontros profissionais; • Preparação e administração de fármacos; 		
Saber gerir a comunicação interpessoal na relação terapêutica com a	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em equipa no contexto de urgência/emergência; • Delegar funções; • Demonstrar conhecimentos sobre 	<p>C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;</p> <p>C1.2 – Orienta e supervisiona as</p>	<p>K1.5 – Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação</p>

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

pessoa/família em processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica	<p>intervenções autônomas e interdependentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar transmissão de informação seguindo a mnemónica SAAR (situação, antecedentes, avaliação e recomendações); • Estabelecer relação terapêutica com a pessoa/família em situação crítica; • Demonstrar empatia na prestação de cuidados; • Demonstrar conhecimento sobre a comunicação de más notícias; 	<p>tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade;</p> <p>C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados;</p> <p>C2.2 – Adapta o estilo da liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos;</p>	<p>de alta complexidade do seu estado de saúde;</p> <p>K1.6 – Gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica e ou falência orgânica;</p>
Colaborar em articulação com o nível estratégico na conceção dos planos de catástrofe/emergência e na liderança das respostas a estas situações	<ul style="list-style-type: none"> • Triar segundo o protocolo de Manchester; • Demonstrar conhecimentos sobre triagem START e triagem secundária; • Leitura do plano de emergência aplicado ao serviço de urgência; • Entrevista com o responsável de segurança do hospital; 	<p>D1.2 – Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional;</p>	<p>K2.1 – Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência;</p> <p>K2.2 – Planeia a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multivítimas ou catástrofe;</p> <p>K2.3 – Gere os cuidados em situações de Emergência e</p>

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

			Catástrofe;
Participar na conceção e implementação de planos de controlo de infeção no contexto da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um protocolo de serviço que tenha em consideração a segurança e a qualidade de vida da pessoa em situação crítica; • Utilizar precauções básicas universais na abordagem à pessoa/família em situação crítica; • Promover a utilização da técnica asséptica nos procedimentos médicos invasivos em contexto de urgência/emergência; • Demonstrar conhecimentos sobre gestão de resíduos hospitalares; • Promover a higienização das mãos; 	B1.1 – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade; B1.2 – Incorpora diretivas e conhecimentos na prática; B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua; B2.3 – Lidera programas de melhoria;	K3.1 – Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; K3.2 – Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica;
Participar no processo de tomada de decisão ética, suportada em princípios, valores e normas	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o enfermeiro chefe de equipa: - Na tomada de decisão; - Na liderança da equipa; - Na gestão de conflitos; 	A1.1 – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada; A1.2 – Suporta a decisão em	

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

deontológicas	<p>- Na gestão corrente do turno;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitura do código deontológico e REPE; 	<p>princípios, valores e normas deontológicas;</p> <p>A1.3 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade,</p> <p>A1.4 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão;</p>	
Demonstrar uma atitude de aprendizagem contínua, de um modo fundamentalmente auto-orientado e autónomo	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular de Investigação para a elaboração de artigo científico; • Elaborar um protocolo de serviço que tenha em consideração a segurança e a qualidade de vida da pessoa em situação crítica; 	<p>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;</p> <p>D2.2 – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade;</p> <p>D2.3 – Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho;</p>	

4 – CRONOGRAMA

Mês	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				
Semanas de estágio	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª		15ª	16ª	17ª	18ª
	17 – 23	24 – 30	1 – 7	8 – 14	15 – 21	22 – 28	29 – 4	5 – 11	12 – 18	19 – 25	26 – 2	3 – 9	10 – 16	17 – 21		2 – 6	7 – 13	14 – 20	21 – 25
Prestação de cuidados			SUMC – HLA										SIV	VMER	SUMC – HLA				
Eventos a frequentar							Leiria		Setúbal		Lisboa								
Atividades a realizar na UC Estágio Final:	Elaboração e entrega do Projeto de estágio																		
											Elaboração e entrega de artigo científico								
					Reunião c/ orientadores e Enº Chefe SUB	Pedido de parecer à Comissão de Ética da ULSLA para recolha e utilização de dados relativos aos EAM no SUB que possam justificar a necessidade de intervenção (criação de protocolo)			Recolha e análise de dados		Elaboração e entrega do protocolo (Abordagem ao Doente com Dor torácica no SUB)						Apresentação e divulgação do protocolo		

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

O estágio final decorre num período de 18 semanas, numa carga horária de 388 horas, entre as quais 336 horas são destinadas à prestação de cuidados, 14 horas destinadas a orientação tutorial e as restantes 38 horas deverão ser utilizadas noutras atividades. No seguimento do projeto de estágio importa elaborar um cronograma que estabeleça à partida as atividades a realizar durante o período de estágio final, sendo que as mesmas devem proporcionar a aquisição de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Relativamente à prestação de cuidados, as horas são distribuídas entre o SUMC do HLA, a ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV) de Odemira e a Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) do HLA. Ao longo do período de estágio estão definidos 3 momentos para assistir a congressos científicos relacionados com a enfermagem de emergência (Leiria), enfermagem de urgência (Setúbal) e trauma, emergência e reanimação (Lisboa), optando-se pela utilização das cidades no cronograma para uma fácil visualização. O cronograma mostra ainda o período associado à realização do artigo científico que servirá de avaliação teórica à Unidade Curricular Estágio Final.

Por fim, dá-se destaque ao projeto de intervenção em serviço que será aplicado no contexto profissional do estudante. Tratar-se-á da realização de um protocolo com vista à abordagem ao doente com dor torácica em contexto de urgência básica.

CONCLUSÃO

Após a realização do projeto de estágio no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final, do 1º Semestre, do ano letivo 2018-2019, do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização Enfermagem Médico-cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, importa elaborar uma perspetiva que reflita a análise do mesmo.

O cumprimento na íntegra do projeto de estágio significa a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre. A análise da aquisição das competências será remetida para a realização do relatório de estágio. Da realização do presente documento, importa referir que o mesmo permitiu a sistematização e organização do pensamento, tornando-se numa útil ferramenta de trabalho e esquematização das atividades principais a realizar.

Na tabela onde estão esquematizadas as atividades para a aquisição de competências e que dão cumprimento aos objetivos de aprendizagem propostos para este estágio, as mesmas foram na sua maioria direccionadas para o contexto de sala de emergência, adaptando-se também a outros espaços do SUMC do HLA, onde se encontra a pessoa/família em situação crítica.

Numa breve análise sobre a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, a realidade do contexto em questão permitiu a programação de várias atividades, pela sua pluralidade e dinâmica. Atividades essas que dependem maioritariamente do empenho do estudante na sua concretização. Também o facto de optar pela realização do projeto de intervenção em serviço no meu contexto profissional, permite uma maior afirmação daquelas que são as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista. A prestação de cuidados no SUMC do HLA, bem como a passagem pelos meios de emergência pré-hospitalar, irão permitir a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista, sobretudo a competência específica relacionada com a dinamização a situações de catástrofe e multivítimas, que no estágio I ficou pouco explorada pela especificidade do contexto.

Em suma, a conceção do projeto de estágio permitiu conceber um cronograma de atividades que constitui um guia na orientação do trabalho do estudante. O cronograma foi construído como sendo uma ferramenta de trabalho útil mas dinâmica, que possa ser adaptada às adversidades do contexto, exigindo do estudante capacidades de investigação, reflexão e conhecimento técnico-científico.

Projeto de Estágio: Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do Hospital do Litoral Alentejano

(acedido a 10 de outubro de 2018 em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8574>), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Ministério da Saúde [MS] (2014). Despacho nº 10319/2014 de 11 de agosto. *Diário da República*, 2ª série, nº 153, 20673-20677

MS (2012). Decreto-Lei nº 238/2012 de 31 de outubro. *Diário da República*, 1ª série, nº 211, 6288-6297.

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior [MCTES] (2006). Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março. *Diário da República*, 1ª série A, nº 60, 2242-2257.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010a, novembro). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

OE (2010b, maio). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano [ULSLA] (2018). Relatório diário dos serviços de urgência. Documento elaborado pelo gabinete de planeamento e apoio à gestão.

Vigor, E. M. (2017). *Referencial de formação*. Agência Nacional Para Qualificação E O Ensino Profissional, I.P, 1–54.

Apêndice K – Apresentação *PowerPoint* sobre o plano municipal de emergência



Objetivos

- Sensibilizar os Enfermeiros para as questões relacionadas com Emergência e Catástrofe;
- Divulgar o Plano Municipal de Emergência.

Despacho 10319/2014

Critérios de competência (OE, 2011) –
Enfermeiros de cuidados gerais:

Unidades de competência (OE, 2010) –
Enfermeiros Especialistas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica: A
Pessoa em Situação Crítica:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artigo 22º, alínea e), ponto 1:
<input type="checkbox"/> "Cada SU deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações emanadas pela Direção Geral da Saúde" | <input type="checkbox"/> "Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe"
<input type="checkbox"/> "Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe" | <input type="checkbox"/> "Concebe, em articulação com o nível estratégico, os planos de catástrofe ou emergência"
<input type="checkbox"/> "Planeta a resposta concreta ante as pessoas em situação de emergência multi-vítima ou catástrofe"
<input type="checkbox"/> "Gere os cuidados em situações de emergência e/ou catástrofe" |
|---|---|--|



Plano Municipal de Emergência

"... instrumento destinado a todos os serviços e instituições que integram o Serviço Municipal de Protecção Civil (...) que têm responsabilidades legais na prevenção, superação e minimização dos efeitos de qualquer catástrofe" (Brito, 1999)

Elaborado pelo Serviço Municipal de Protecção Civil e aprovado pela Comissão Nacional de Protecção Civil (Lei de Bases de Protecção Civil, 2007).

Referências

- Legislação
- Atualização do plano e articulação com o plano distrital

Situação

- Caracterização socioeconómica do concelho
- Acessos (marítimo e aéreo)
- Instalação de combustíveis gasosos e líquidos

Riscos de origem natural

- Sismos e tsunamis
- Ciclones e tempestades
- Secas
- Cheias, inundações e ruptura de barragens
- Deslizamentos de terras
- Incêndios florestais

Riscos de origem tecnológica

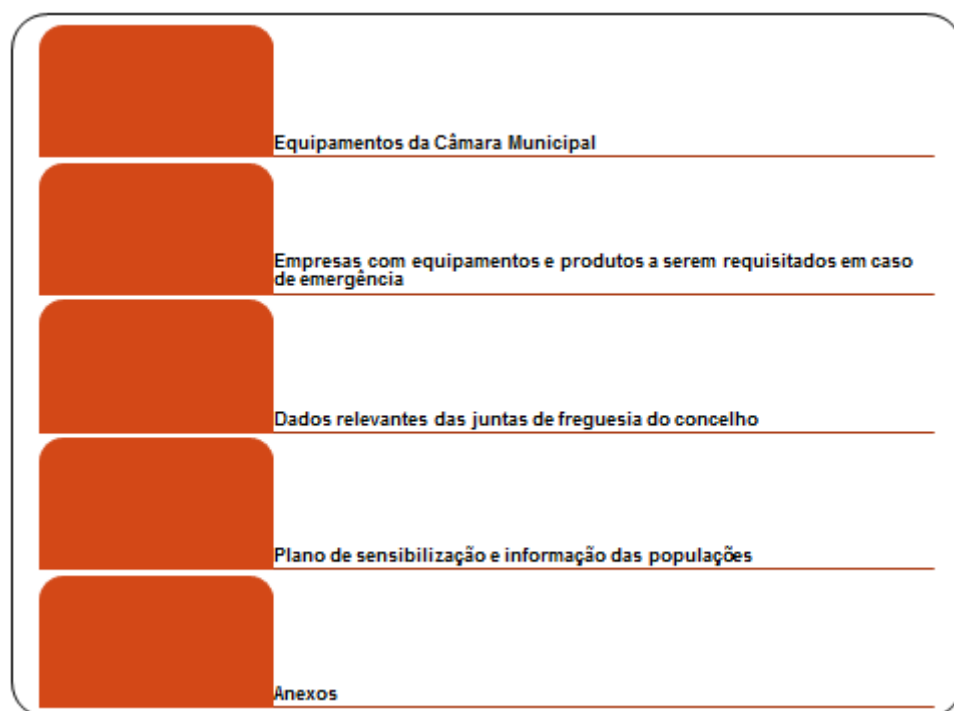
- Acidentes ferroviários
- Incêndios urbanos na zona histórica
- Acidentes marítimos
- Acidentes com matérias perigosas
- Queda de aeronave
- Colapso de estruturas
- Acidentes de tráfego

Redes de abastecimento e de drenagem

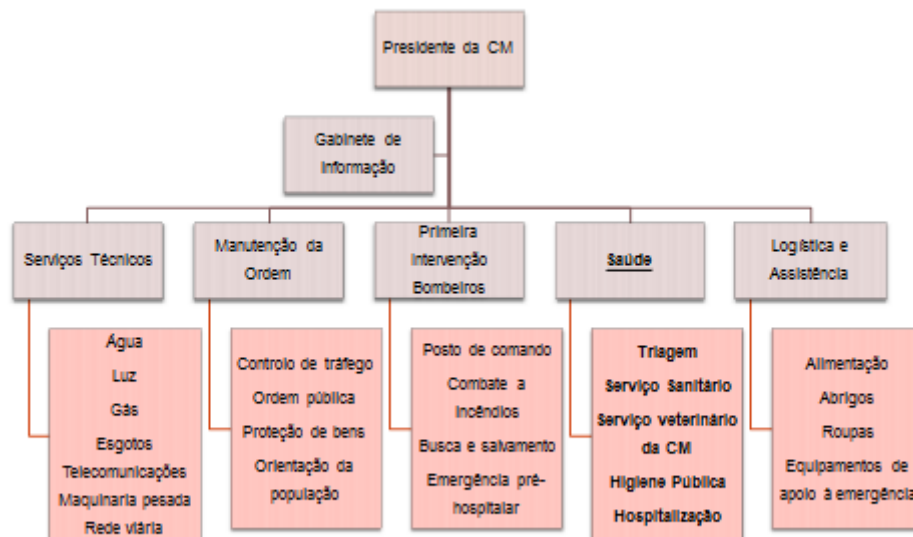
Redes de comunicações

Missão

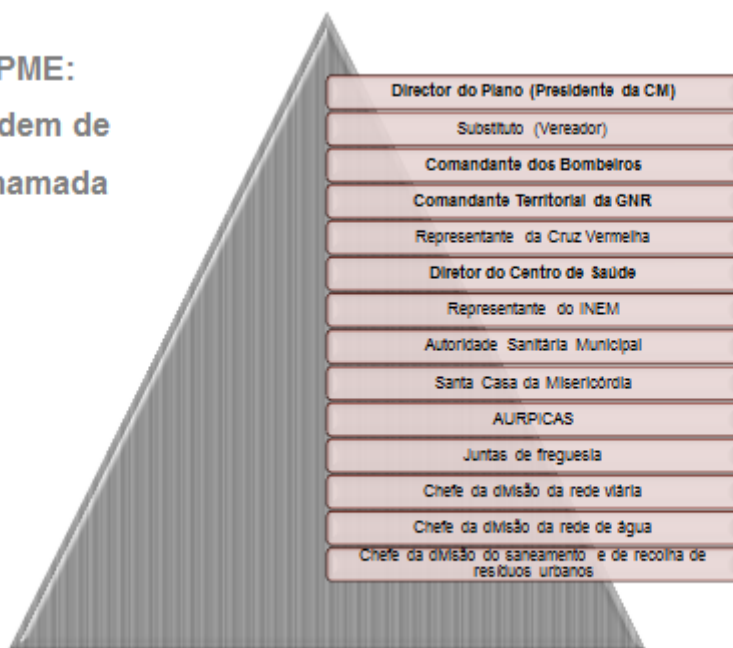
- Organização, Direção e Conduta Operacional do Centro Municipal de Operações de Emergência e Proteção Civil (CMOEPC)
- Funções do Presidente do CMOEPC
- Intervenientes no CMOEPC
- Câmaras Municipais (Gabinete de Informação e Relações Públicas, Grupo Sanitário, Grupo Técnico, Grupo Logístico)
- Coordenador do CMOEPC
- Grupo de Intervenção Operacional
- Centro de Comunicações
- Grupo de Ação Social
- Administração, Finanças e Logística
- Gabinete de segurança
- Juntas de freguesia
- Centro de saúde (posto de triagem e socorro; evacuação e tratamento)
- Corporações de Bombeiros
- EDP
- GNR
- Escuteiros



Centro Municipal de Operações de Emergência da Proteção Civil



PME: Ordem de Chamada



Missão – Centro de Saúde

- Antes
 - **Organizar os serviços** de forma a dar respostas às ações a desenvolver
 - Colaborar com o SMPC no **levantamento de meios e recursos**
 - Exercer ações junto do seu pessoal
 - Preparar **plano de contactos** e recolha do pessoal
 - Organizar os serviços de **tratamento e internamento de sinistrados** em cooperação com os Bombeiros e SMPC
 - Prever a organização de equipas de socorro no local da catástrofe coordenando com os Bombeiros a utilização das ambulâncias
 - Coordenar com a autarquia a organização da identificação dos mortos e seu enterro
 - Colaborar com o SMPC nos exercícios e treinos a realizar, solicitando os apoios necessários

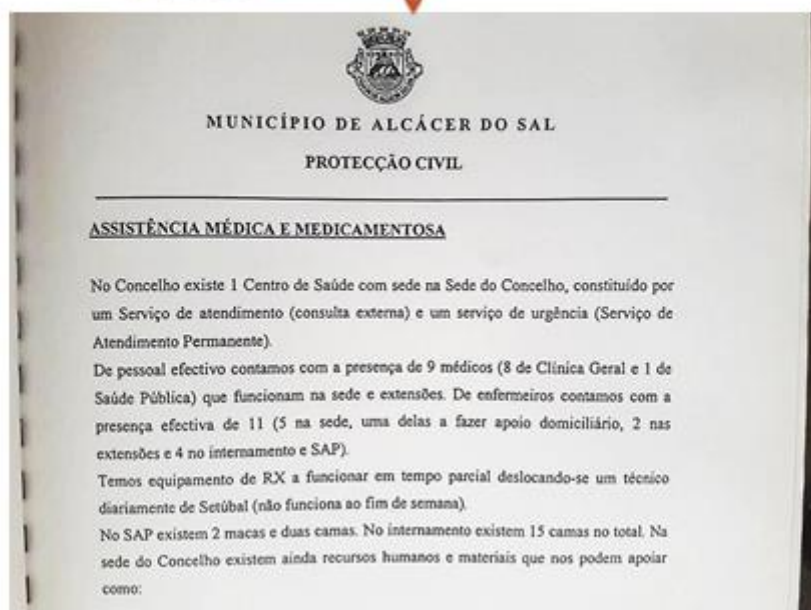
Missão – Centro de Saúde

- Durante
 - **Accionar o plano de recolha**
 - **Fazer comparecer imediatamente o seu representante no CMOEPC**
 - Ativar os SU fora da zona de catástrofe com vista a receberem sinistrados
 - **Accionar os serviços de tratamento e internamento de sinistrados** em coordenação com SMPC, Bombeiros e Hospitais
 - **Accionar a deslocação de equipas de socorro para o local do acidente**, coordenando a triagem dos sinistrados
 - Coordenar com os Bombeiros a utilização das ambulâncias
 - Proceder à vacinação
 - Cooperar com a CM e Bombeiros no enterro dos mortos
 - Difundir junto das populações recomendações de carácter sanitário
 - Endereçar pedidos de apoio necessário

Missão – Centro de Saúde

- Depois
 - **Levantamento e inventário** dos prejuízos sofridos e envio do mesmo ao CMOEPC
 - Trabalhos de recuperação
 - **Elaborar relatório das operações de socorro e assistência** desenvolvidas, com pareceres e sugestões, a enviar ao CMOEPC

1999



2019

- Qual a situação atual?
- O que pretendemos no futuro?
- Como podemos melhorar a nossa resposta perante uma situação de catástrofe?

QUESTÕES?

OBRIGADO!

Referências Bibliográficas

- Ministério da Saúde (2014). Despacho 10319 de 11 de agosto de 2014. *Diário da República*, 2ª série, nº 153, 20673-20678.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa.
- OE (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.
- Plano Municipal de Emergência de Alcácer do Sal (elaborado em 1999) cedido gentilmente pelo Comandante dos Bombeiros de Alcácer do Sal, em suporte de papel com respetivas atualizações (última de 2002).